Vergleichende Katamnese an Patienten mit der Diagnose Schizoaffektive Psychose bzw. Schizophrenie.

Barbara Schupp

München
1979

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546803_0037

Aus der Nervenklinik der Universität München

(Direktor: Prof. Dr. H. Hippius)

Vergleichende Katamnese an Patienten mit der Diagnose Schizoaffektive Psychose bzw. Schizophrenie.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin

an der Ludwig Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Barbara Schupp

aus

München

1979

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der

Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 27. November 1979

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	1
2. Literaturübersicht	3
3. Methodik	24
4. Ergebnisse	37
5. Diskussion	49
6. Zusammenfassung	65
Anhang	68
1. Tabellenwerk	69
2. Statistische Auswertung	81
Literaturverzeichnis	102

1. Einleitung

Die "Schizoaffektive Psychose" wird in der zur Zeit gültigen 8. Revision der "International Classification of Diseases" (ICD) in der Gruppe der Schizophrenien aufgeführt. Sie steht neben Schizophrenia Simplex, Hebephrenie, Katatonie, Paranoide Form, Akute schizophrene Episode, Latente Schizophrenie und Schizophrene Rest- und Defektzustände und wird beschrieben als: "Eine Psychose, in der auffällige manische oder depressive Symptome vermischt sind mit schizophrenen Symptomen. Gewöhnlich tritt eine Rückbildung ohne Dauerdefekt ein, aber die Rückfallgefahr ist groß. Die Diagnose sollte nur dann gestellt werden, wenn affektive und schizophrene Symptome ausgeprägt sind."

Obwohl die ICD fast weltweit die Grundlage zur Kodierung psychiatrischer Erkrankungen geworden ist und zweifelsohne einen wichtigen Beitrag zur Verständigung zwischen den Psychiatern verschiedenster Richtung geleistet hat, ist nach obiger Beschreibung unschwer zu verstehen, daß die Zuordnung der Schizoaffektiven Psychosen zum schizophrenen Formenkreis einerseits oder zur Zyklothymie andererseits immer wieder heftig diskutiert wurde. Es handelt sich hier um jene Psychosen mit manischen oder depressiven, vermischt mit schizophrenen Symptomen, von denen Kraepelin im Jahre 1920 sagte: "Kein Erfahrener wird leugnen, daß die Fälle unerfreulich häufig sind, in denen es trotz sorgfältiger Beobachtung unmöglich erscheint, hier zu einem sicheren Urteil zu gelangen."

Die vorliegende Arbeit nun zeigt die Ergebnisse einer ausführlichen Katamnese an schizophrenen und schizoaffektiven Patienten, die mit der Frage nach der Berechtigung für eine Abgrenzung dieser beiden Psychosen voneinander durchgeführt, dokumentiert und statistisch ausgewertet wurde. Eine eingehende Betrachtung der sich mit dieser Frage beschäftigenden Literatur ist vorangestellt.

2. Literaturübersicht

Das Verdienst Kraepelins als des Begründers moderner Diagnostik ist unbestritten. Seine Arbeiten beeindrucken noch heute durch die Schärfe der Beobachtung, den aufgewendeten Fleiß und die ihnen zugrunde liegende geistige Haltung. Mit der zunächst strikten Zweiteilung der endogenen Psychosen in Dementia praecox (D.p.) und manisch-depressives Irresein (M.d.I.) machte er eine Diagnostik erst möglich. Im gleichen Zuge wurden aber auch jene Krankheitsbilder zum diagnostischen Problem, die Symptome aus beiden Formenkreisen aufwiesen und sich daher nicht ohne Zwang einordnen ließen. Daher mußte, wer immer sich auf Kraepelin als Ahnherrn berief - und dazu ist noch heute jeder klinische Psychiater verpflichtet - sich mit dem Problem der nicht einzuordnenden Psychosen auseinandersetzen. Kraepelin selbst hat diese Frage ja verschiedentlich behandelt und Weitbrecht hat zweifelsohne Recht, wenn er sagt: "... die dogmatische Festlegung auf die zwei angeblich scharf unterscheidbaren endogenen Krankheitseinheiten des M.d.I. und der Schizophrenie vollzogen sich zwar zweifellos in seinem (Kraepelins) Namen, nicht aber in seinem Geist."

Im Jahre 1913 vertritt Kraepelin noch die Auffassung, durch sorgfältige Beobachtung der einzelnen Symptome, vor allem aber durch die Gesamtbeurteilung des klinischen Bildes, der Entwicklung, des Verlaufes und des Ausganges könne man stets zu einer klaren Zuordnung jeder endogenen Psychose zu einem der beiden Formenkreise gelangen, im Jahre 1920 aber schreibt er: Wir werden uns somit an den Gedanken

gewöhnen müssen, daß die bisher von uns vertretenen Krankheitszeichen nicht ausreichen, um uns die zuverlässige Abgrenzung des M.d.I. von der Schizophrenie unter allen Umständen zu ermöglichen, daß vielmehr auf diesem Gebiete Überschneidungen vorkommen, die auf dem Ursprung der Krankheitserscheinungen aus gegebenen Vorbedingungen beruhen. Ob dabei lediglich die allgemeinen Einrichtungen der menschlichen Persönlichkeit und damit die Ausbreitung der krankhaften Veränderungen maßgebend sind, oder die Erbanlagen, die bestimmte Gebiete für die Krankheitsreize zugänglicher und ansprechbarer machen, soll dahingestellt bleiben."

Wir sehen, es werden neue Kriterien in Betracht gezogen, um eine Differentialdiagnose zu ermöglichen: Pathogenetische und pathoplastische Momente (E. Bleuler), die Frage der Persönlichkeit (Tübinger Schule), Erbanlagen (u.a. Kahn). An anderer Stelle erwähnt Kraepelin die Schichten-Theorie von Kretschmer. Auch ist die Beobachtung nicht mehr das einzige Mittel, zu einer gültigen Diagnose zu kommen, sondern Kraepelin weist nachdrücklich auf die Möglichkeiten der vergleichenden Psychiatrie hin, indem er die Gegenüberstellung großer Beobachtungsreihen in Hinblick auf einzelne Kriterien anregt. Wie kritisch Kraepelin immer wieder seinen eigenen, nach jahrzehntelanger Arbeit aufgestellten Thesen gegenüber war, zeigt ein Satz aus dem Jahr 1920: "... so muß doch die immer deutlicher zutage tretende Unmöglichkeit, die Abgrenzung der besprochenen Krankheiten (D.p. und M.d.I.) befriedigend durchzuführen, den Verdacht nahelegen, daß unsere Fragestellung fehlerhaft sei."

Diejenigen, die in der Folgezeit trotz dieses Verdachtes strikt an der Zweiteilung der endogenen Psychosen fest-

hielten sind u.a. zunächst Urstein (1909), der meinte, daß, wer immer einmal katatone Zeichen geboten habe, unweigerlich im schizophrenen Defekt ende, wie zahlreich auch sonst die Symptome seien, die auf ein M.d.I. hinweisen. Es wurde sogar der Begriff der "Ursteinpsychose" geprägt. Auch in neuerer Zeit noch hält K. Schneider (1950) dafür, alle symptomatologisch als "Zwischen-Fälle", wie er sie nennt imponierenden Kranken dem "bunten schizophrenen Formenkreis" zuzuordnen. Er schreibt: "Würde es Übergänge geben ... zwischen schizophrenen und cyclothymen Psychosen ... müßte man sie zahlenmäßig sehr viel öfter finden." Um seine Ansicht zu stützen, unterscheidet er das klar zu definierende "Dasein" der Psychose von dem variablen "Sosein" derselben. Auch Rümke will alle atypischen Psychosen mit cycloiden Symptomen und ohne Defekt den Schizophrenien zugeordnet wissen, und zwar unter dem Begriff der "Pseudoschizophrenien".

Wilmans hingegen hatte 1907 dafür plädiert, alle zweifelhaften Fälle dem manisch-depressiven Irresein zuzuordnen. Überhaupt keine diagnostisch problematischen Fälle gab es für C. Schneider. Er schreibt 1930: "Verquickung von M.d.I. und Schizophrenie sind mir nicht begegnet. Wo man solche glaubt gesehen zu haben, halten die Schlüsse genauer Kritik nicht stand."

Andere Autoren in der Nachfolge Kraepelins erkennen zwar das Vorhandensein problematischer Fälle an, suchen aber nach verschiedenen diagnostischen Kriterien, um diese Fälle schließlich in die beiden großen Gruppen der Schizophrenie (Sz.) und des M.d.I. einordnen zu können oder zumindest ihre Abweichung eindeutig erklären zu können. Sie meinen also die Problematik der nicht einzuordnenden Fälle durch Entwicklung neuer diagnostischer Kriterien

und Verfahren lösen zu können.

Löwy (1910) prägt den Begriff der "Begleitpsychose", mit deren Hilfe er zwanglos das gleichzeitige Auftreten schizophrener und manisch-depressiver Symptome zu erklären vermochte. Rittershaus (1911) mit seiner Erklärung der endogenen Psychosen aus der Erkrankung jeweils verschiedener endokriner Drüsen konnte das gleichzeitige Auftreten von verschiedenen Symptomen auf den gleichzeitigen Befall der entsprechenden Drüsen zurückführen. Bernstein (1911), der eine große Anzahl nicht einzuordnender Fälle durchaus mit der Frage nach einer eventuellen neuen Krankheitseinheit untersucht, kommt zu dem Ergebnis, daß erstens manisch-depressive Faktoren als grundlegend für die menschliche Seele sich jedem Erscheinungsbild beimengen können und daß zweitens die bis dato zu heterogene Gruppe der D.p. durch chemische und anatomo-pathologische Untersuchungen und psychologische Analyse soweit differenziert werden könne, daß die unklaren Fälle eindeutig würden einzuordnen sein.

Eine wichtige Rolle bei dem Versuch zur Erklärung der fraglichen Mischzustände spielt zudem die Vererbung. Auch Bornstein hielt schon eine Kombination von Anlagen für die beiden endogenen Psychosen, der D.p. und des M.d.I., für möglich, meinte aber, daß sich bei Ausbruch der Psychose stets die "Hauptanlage" durchsetze. Vor allem waren es Bouman (1918) und Boven (1921), die aufgrund ihrer Untersuchungen die Erblichkeit der Psychosen postulierten und die Mischzustände aus schizophrener und manisch-depressiver Symptomatik mit der Kombination der beiden entsprechenden Erbanlagen erklärten. Auch Bumke (1909) nannte als Eigentümlichkeit der endogenen

Psychosen, daß sie erstens alle auf dem Boden der "ererbten nervösen Entartung" erwachsen und zweitens sich häufig mischen. Er betonte aber, daß die D.p. als "psychologisch unverständlich" scharf vom "einfühlbareren"M.d.I zu trennen sei. Soweit einige Autoren, die sich im Grunde strikt an die Kraepelinsche Dichitomie hielten, auf dieser Basis aber nach den verschiedensten zusätzlichen Kriterien suchten, die ihnen gestatten würden, die "Zwischenfälle" einzuordnen.

E. Bleuler hingegen hatte schon 1911 die Betrachtungsweise Kraepelins als zu begrenzt abgelehnt. In diesem Sinne hatte er auch den Begriff der Dementia praecox kritisiert und angeregt, ihn durch den umfassenderen Begriff der Schizophrenie (Sz.) zu ersetzen, für die er vier Grund- und vier akzessorische Symptome postulierte.

Unter Bezugnahme auf die in das Kraepelinsche Schema nicht einzuordnenden Krankheitsbilder mit sowohl schizophrener als auch manisch-depressiver Symptomatik schreibt er in der Ausgabe seines Lehrbuches von 1916, daß alle manisch-depressiven Symptome bei der Schizophrenie, nicht aber die spezifisch schizophrenen Symptome beim manisch-depressiven Irresein auftreten könnten. Manisch-depressive Symptome seien so gewöhnlich, daß sie durch den Krankheitsprozeß der Sz. ausgelöst werden könnten und somit zu dieser gerechnet werden müßten. Später weist Bleuler auf eine gemeinsam mit Minowska durchgeführte Studie, aus der geschlossen werden müsse, daß "ein Krankheitsbild, das in seiner Erscheinung eine Mischung oder einen Übergang zwischen Schizophrenie und Manisch-depressiven Irreseins repräsentiert, in Wirklichkeit eine Einheit ist, die sich in ihrer ganzen Eigentümlichkeit vererbt."

Gegen Ende seines Lebens aber schreibt Bleuler 1960: "Es ist heute unmöglich, die Welt der krankhaften seelischen Erscheinungen in voneinander scharf getrennte "Krankheitseinheiten" aufzulösen." Im gleichen Sinn spricht er von der Überwindung des älteren Versuches, ein "System der Geisteskrankheiten" aufzustellen. Statt dessen regt er die Erarbeitung von "Grundformen seelischer Störung" aus den häufigsten Syndromen an, die er für die Praxis, wenn auch nicht endgültig für die Wissenschaft, für ausreichend erachtet. Für das Problem der Mischpsychosen interessant sind die von Bleuler veröffentlichten Zahlen über den Krankheitsverlauf seiner schizophrenen Patienten: Ca 25% erleiden einen schweren chronischen Residualzustand, und zwar nach geradlinigem (akut oder chronisch) sowie nach phasenhaftem Verlauf. Ca 50% der Kranken enden in leichten chronischen Zuständen und ca 25% seiner schizophrenen Patienten erfahren eine vollständige Remission. Heilungen werden aber nur bei den periodisch verlaufenden Sz. beobachtet. Diese Verhältnisse werdem im großen und ganzen von M. Bleuler 1972 in seiner umfassenden Arbeit über die Schizophrenen Geistesstörungen bestätigt.

Wir sehen, daß hier einerseits die Mischpsychosen als eine selbständige "Grundform seelischer Störung" betrachtet wird, andererseits aber auch von Kraepelin dem M.d.I. zugeordnete Kriterien wie periodischer Verlauf und vor allem Remission zwanglos dem schizophrenen Formenkreis zugeordnet werden. Hier bestehen natürlich enge Verbindungen zu dem Versuch, die Erkenntnisse Freuds für die klinische Psychiatrie fruchtbar zu machen, enge Verbindungen auch zur daseinsanalytischen, anthropologischen und existenzanalytischen Betrachtungsweise (Binswanger, Kunz, Minkowski) - auf diese aber hier näher einzugehen, würde zweifelsohne den Rahmen einer einführenden Betrachtung sprengen. Festzuhalten bleibt aber, daß E. Bleuler

sehr früh den sogenannten Mischpsychosen oder atypischen endogenen Psychosen eine eigene nosologische Grundlage zugestand.

Anders die Tübinger Schule (Gaupp, Kretschmer, Mauz, Eyrich), die grundsätzlich die Kraepelinsche Dichotomie anerkannte und die zahlreichen atypischen Fälle stets als Variationen der beiden Formenkreise betrachtete. Mauz schreibt 1923: "Die Kraepelinschen Krankheitsgruppen der D.p. und des M.d.I. sind uns heute keine starren Krankheitsbilder mehr, sondern in ihrer ursprünglichen Fassung biologisch fundierte, in Symptom und Verlauf wohl charakterisierte Haupttypen, zwischen denen es viele Verbindungen, Mischungen und Übergänge gibt." Diese "Mischungen und Übergänge" wurden bekanntlich vor allem mit Variation von Körperbau, Konstitution und Charakter oder aus der "Überschneidung verschiedener Erbkreise" (Gaupp) erklärt. Die von Gaupp geforderte Verfeinerung der diagnostischen Kriterien war allerdings soweit vorangetrieben worden, daß Jaspers wohl nicht ganz zu Unrecht im Jahr 1923 schrieb: "Es ist unmöglich geworden, daß irgendein Fall vorkäme, der nicht zu interpretieren wäre. Kein Fall kann die Lehre widerlegen. Wenn es so liegt, dann kann diese Lehre durch Wirklichkeit auch nicht bewiesen werden. Es ist eine "Plausibilität" in der Zusammenhangsbildung von Erbbiologie, Körperbaulehre, Psychopathologie und Charakterologie, die nirgends einen festen, unbezweifelbaren Ankergrund hat, aber jederzeit ein intuitiv gewonnenes Bild mit naturwissenschaftlich anmutenden Worten unverbindlich zu interpretieren erlaubt."

Mit Hilfe welcher verschiedenartigster Begriffspaare man versuchte, die problematischen Fälle einzuordnen, ohne Kraepelins Zweiteilung der endogenen Psychosen prinzipiell

in Frage zu stellen, sollen stichwortartig folgende Beispiele zeigen: "organisch" und "funktionell" (Wilmanns, Bumke, Alzheimer), "heilbar" und "unheilbar" (Mollweide, Walter), "exogen" und "endogen" (Jelgersma, Gregor, Aschaffenburg), "einfühlbar" und "uneinfühlbar" (Bumke, Reiss, Jaspers), "homonom" und "heteronom" (Kleist) und schließlich "Persönlichkeitsentwicklung" und "Prozeß" (Jaspers, Gaupp, Ewald) - fast alles natürlich Kriterien die für die Diagnostik noch heute eine Rolle spielen, mit denen man aber auch nicht erschöpfend das Problem der Zuordnung der atypischen Psychosen lösen konnte.

Einen neuen Ansatz in Hinblick auf dieses Problem entwickelte Kleist, indem er schon sehr früh die Auffassung vertrat, daß es neben der Sz. und der manisch- depressiven Krankheit (M.d.K.) weitere selbständige endogene Psychosen gäbe. Er berief sich dabei auf Wernicke, der viele Bilder atypischer endogener Psychosen beschrieben hatte, nahm aber die atiologische Betrachtungsweise von Kraeplin hinzu, die von Wernicke vernachlässigt worden war. Viele Gestaltungen, in denen dieser nur Syndrome mit verschiedener Ätiologie gesehen hatte, suchte Kleist als selbständige Formen darzustellen. Gleichzeitig war er damit auch schon um die Unterteilung der atypischen Psychosen bemüht. Er schreibt im Jahre 1928: "... besonders aber, weil die Symptombilder der meisten atypischen Psychosen gar keine Mischung aus anderen bekannten Krankheitsbildern erkennen lassen, erscheinen sie als etwas Einfaches und Ursprüngliches."

Außerhalb der Kleistschen Schule war es vor allem Schröder (1920), der die Selbständigkeit der atypischen Psychosen betonte und sie als "Degenerationspsychosen" bezeichnete. So gewannen die Auffassungen an Boden, die in den atypi-

schen Psychosen selbständige Krankheiten sahen. Die These von der Überschneidung verschiedener Erbkreise wurde vor allem durch die Untersuchungen von Minkowski, Kraulis, Elsässer und Colmant - jeweils unter verschiedenen Gesichtspunkten - widerlegt. Diese Autoren konnten vielmehr belegen, daß sich die atypischen endogenen Psychosen in ihrer Sondergestaltung weiter vererben.

Aus der unübersichtlichen Fülle von Krankheitsbezeichnungen, die nun in dem Feld zwischen den klassischen Typen entstanden, seien nur die wichtigsten zitiert: Die Defektschizophrenie nicht systematischer Art" (Kleist) umfaßte die "affektvolle Paraphrenie", die "periodische Katatonie (beide mit relativ guter Prognose) und die ungünstig verlaufende "Schizophasie". Sie werden klinisch scharf von der Gruppe der eigentlichen Schizophrenien, den typischen Defektschizophrenien, die man sonst auch die"Kerngruppe" nennt, abgegrenzt. Der Begriff der"autochtonen Degenerationspsychosen", sowie der "cycloiden Randpsychosen" bezeichnet vielgestaltige Psychosen mit phasenhaften Verläufen ohne destruktive Tendenz. Kleists Einteilung der "Phasophrenien" schließlich beinhaltet: "Stimmungspsychosen", "Affektpsychosen", "wahnbildende affektive Psychosen", "hypochondrische Psychosen" und "amentielle Psychosen".

Auch auf die Einteilung der atypischen endogenen Psychosen durch Leonhard sei noch kurz eingegangen, da die von ihm beschriebenen Krankheitsbilder und entsprechend geprägten Bezeichnungen noch weitgehend in der heutigen Diagnostik Verwendung finden. Leonhard hat versucht, das ganze Problem der schizophrenen Psychosen noch einmal von den Endzuständen her aufzurollen: er unterscheidet zunächst die Gruppe der heilbaren "cycloiden Psychosen" von

der Gruppe der "atypischen Schizophrenien", die stets zum Defekt führen. Beide Gruppen werden als nosologische Einheit betrachtet und scharf von der Kerngruppe der Schizophrenien einerseits und dem M.d.I. andererseits abgetrennt. Die "atypischen Schizophrenien" bezeichnet Leonhard wegen der grundsätzlichen Ähnlichkeit der Symptomatik mit allerdings hier malignem Verlauf als die "bösartigen Verwandten" der benigne verlaufenden "cycloiden Psychosen". Auch die verschiedenen Erblichkeitsverhältnisse rechtfertigen seiner Auffassung nach eine scharfe Trennung der beiden Formenkreise: Die "cycloiden Psychosen" folgen dem dominanten Erbgang mit allerdings geringer Penetranz, während sich die "unsystematischen Schizophrenien" rezessiv weiter vererben. Im Vergleich zu den einfach-systematischen Formen der Schizophrenie ist zudem die erbliche Belastung durch die unsystematischen Formen doppelt bis dreimal so groß. Die Suizidgefährdung zeigt die gleiche Verteilung. Im einzelnen unterscheidet Leonhard bei den "cycloiden Psychosen": "Motilitätspsychose" mit einem hyperkinetischen und einem akinetischen Pol, die "Verwirrtheitspsychose" mit erregten und gehemmten Phasen und die "Angst-Glückspsychose" (nach Kleist ängstlich-ekstatische Wahnpsychose") mit ängstlichen und ekstatischen Phasen. Allen drei Formen gemeinsam ist neben der Heilbarkeit die Bipolarität und die Vielgestaltigkeit, die in häufigen gegenseitigen Überschneidungen der Symptomatik sichtbar wird. Nach längerer Beobachtung aber lassen sie sich nach Leonhard immer gegeneinander und vor allem gegenüber anderen endogenen Psychosen abgrenzen.

Bei den "atypischen Schizophrenien" werden im einzelnen folgende drei Formen unterschieden: Die "affektvollen Paraphrenien" mit ängstlich und ekstatisch gefärbten Phasen, die "periodische Katatonie" mit hyperkinetischem

und akinetischem Pol und die "Schizophasie" mit abundanten und wortkargen Phasen. Gemeinsam ist den atypischen oder unsystematischen Schizophrenien neben der Bipolarität die große Spielbreite der Symptome, die nach Leonhard zu Unrecht vielfach als Eigenart aller Schizophrenien angesehen worden ist. Die systematischen Formen zeigen seiner Ansicht nach vielmehr sowohl im Einzelverlauf wie in der Sippe stets die gleichen Bilder. Wir stehen also hier vor einer klaren Einteilung der endogenen Psychosen in die vier Kreise der systematischen und unsystematischen Schizophrenien, der cycloiden Psychosen und dem manisch-depressiven Formenkreis, die noch heute Gültigkeit besitzt.

Die von der Kleist-Leonhard'schen Schule erarbeitete Systematik stellt in ihrem Bemühen um klare Abgrenzung der einzelnen Krankheitsformen und der daraus resultierenden, fast barock anmutenden Vielfalt der Krankheitsbilder zweifellos einen Höhpunkt der sich am medizinischen Krankheitsmodell orientierenden naturwissenschaftlich arbeitenden Psychiatrie dar.

Nicht vergessen werden darf aber, daß die hier ihren Gipfelpunkt erreichende nosographische Betrachtungsweise stets ihre Antithese in der mehr oder weniger im Vordergrund des Interesses stehenden Idee von der "Einheitspsychose" hatte und zumal heute wieder hat.

Durch die Kraepelinsche Systematik in den Hintergrund gedrängt, nur von Einzelnen beachtet und diskutiert, erlebte sie mit der Entwicklung der Psychopharmakologie, vor allem aber mit der Erarbeitung psychodynamischer Vorstellungen in der klinischen Psychiatrie eine unerwartete Renaissance. Da das hier behandelte Problem der

Schizoaffektiven Psychosen bzw. der Mischpsychosen als Prüfstein für die Richtigkeit der These der Einheitspsychose verwandt wird, scheint es umso mehr geboten, kurz auf den ideengeschichtlichen Hintergrund einzugehen.

Man kann durchaus behaupten, daß die Psychiater des 19. Jahrhunderts vor Kahlbaum und Kraepelin ein dynamisches Konzept der Seele und ihrer Störungen vertraten. Man denke nur an Griesinger, Neumann und Zeller. Letztgenannter schrieb im Jahre 1838, es handele sich bei den Seelenstörungen um eine "dynamische Krankheit, gewissermaßen eine Verirrung der Lebenskraft selbst". Man denkt bei diesem Zitat sofort an K. Schneider, der über 100 Jahre später davon sprach, daß "die Seele sich aus sich selbst verirren könne". Trotz der in der Folgezeit beherrschenden Stellung der Kraepelinschen Vorstellungen einer klinischen Nosographie stellte Jaspers in seinem Lehrbuch (1923) die Lehre von der Einheitspsychose neben die Vorstellung von den natürlichen Krankheitseinheiten. Beide haben, so schreibt er, für die Psychiatrie ihre Berechtigung, wobei er die Idee der Krankheitseinheit als eine Idee im wahrhaft Kantischen Sinne begreift: Der Begriff einer Aufgabe, deren Ziel zu erreichen unmöglich ist, da das Ziel in der Unendlichkeit liegt, die uns aber trotzdem die fruchtbare Forschungsrichtung weist und die ein wahrer Orientierungspunkt für empirische Einzelforschung bedeutet.

Daneben entwickelt Berze 1914 eine psychologische, einheitlich dynamische Konzeption der Schizophrenie und H. Marcuse beschreibt 1926 seine energetische Theorie der Psychosen. In neuerer Zeit sind es vor allem Büssow (1940) und Llopis (1954), die, gestützt auf ihre Erfahrungen mit endoformen, körperlich begründbaren Psychosen,

eine einheitspsychotische Konzeption vertreten. Ey mit seiner den Gesamtbereich des psychisch Abnormen umfassenden organodynamischen Vorstellung schreibt 1960: "Car les maladies mentales qu'étudie la psychiatrie ne sont compréhensibles que si on les considère comme l'inversion ou la régression du développement structural de la vie psychique de l'Homme construisant son existence." Auch in Nordamerika wird, unabhängig von der kontinentalen Psychiatrie, seit dem letzten Weltkrieg ein "unitary concept" (Menninger) entwickelt.

In Deutschland befassen sich vor allem Rennert (1965) mit seiner "universalgenetischen" Auffassung, Conrad (1958) und Janzarik (1959) mit einer unitarischen Konzeption, die die im Mittelpunkt der Systematik stehenden endogenen Psychosen als Ausformung eines Prinzips verstehen und die klinischen und typologischen Unterschiede aus Abwandlungen dieses Prinzips herzuleiten suchen. So wurde der in einer bestimmten historischen Situation entstandene und ursprünglich nosologisch gemeinte Begriff der Einheitspsychose, zunächst auf bipolar phasische Verläufe im klinischen Sinne beschränkt, zum Sammelzeichen für alle Bestrebungen, die psychotischen Syndrome, vor allem ihre endogenen Formen, aus einem einheitlichen Prinzip zu begreifen. Es waren vor allem die Arbeiten von Hippius und Selbach (1961) und Helmchen und Hippius (zuletzt 1968 unter Annäherung an den dynamischen Standpunkt) über die bis dahin unbekannten Phänomene einer pharmakogenen Pathomorphose, die die bisherigen nosologischen Abgrenzungen relativierten und neue Denkmöglichkeiten eröffneten.

So entwickelte vor allem Janzarik (1968) sein strukturdynamisches Konzept mit der These, daß "das allen psychotischen Verfassungen gemeinsame Prinzip in Entgleisung

der seelischen Dynamik zu suchen ist". Der Typus der Psychose wird nach Janzarik durch die Strukturen bestimmt, durch die die aus biologischen Fesseln befreite und strukturell nicht mehr integrierte Dynamik hindurchgehen muß. Und hier werden nun die atypischen Psychosen zwischen den beiden Formenkreisen als Kronzeugen angeführt: bei ihnen kann nach Janzarik "ohne Zwang von Relikten einer biologischen Periodizität ausgegangen werden, die sich gegen den Widerstand der strukturellen Überformung durchsetzen und im Durchgang durch differente Strukturen zwar verschiedenartige, jedoch durch ihren elementaren und stimmungsbetonten Charakter verwandte Psychosetypen entstehen lassen". Folgerichtig wird der Begriff der endogenen Psychose durch den der "dynamischen Reaktionstypen" (Janzarik 1959) und bei Wieck 1967 durch den der "Funktionspsychosen" ersetzt. Den Charakter eigenständiger Krankheiten müssen die Syndrome auf ihrem Weg freilich verlieren, die psychiatrische Nosographie soll sich mit Hilfe der unitarischen Konzeption zu einer Syndromlehre fortentwickeln. Neben Janzarik sind es in neuerer Zeit noch Schindler (1959), Störring (1969) und C. Müller (1959), die das Problem der atypischen endogenen Psychosen von einem psychodynamischen Standpunkt aus zu betrachten suchen. Levi (1953) erklärte aufgrund klinischer Beobachtungen die atypischen Psychosen aus "einer psychotisch-regressiven Freilegung eines bedeutenden neurotischen Unterbaues".

Pauleikoff (1957) hingegen kommt in seiner ausführlichen Arbeit über "Atypische Psychosen" zu dem Ergebnis, man solle die Kraepelinsche Dichotomie beibehalten, da sich die große Variabilität in den Erscheinungsformen endogener Psychosen aus der jeweils verschiedenen Sinngesetzlichkeit der betroffenen Persönlichkeit ergebe und

Kranz (1965) schließlich hält, abgesehen von einem psychopharmakologisch bedingten Gestaltwandel mit Symptomverschiebung, einen echten Umschlag des schizophrenen in den cyclothymen Typ für möglich. H.-H. Meyer (1950) kommt nach ausführlicher Betrachtung des Phänomens der cyclothymen Wellen in schizophrenen Psychosen zu dem Schluß, daß man sich einer "speziellen Typologisierung enthalten" müsse.

So ist es im deutschsprachigen Raum in neuerer Zeit nur Elsässer (1950), der die atypischen endogenen Psychosen als eigenständige Sonderform mit eigener Erbweise anerkannt sehen will. Er stützt sich dabei auf die Beobachtung, daß stets die gleiche, umschriebene Psychoseform sowohl bei dem einzelnen Patienten als auch bei entfernten Blutsverwandten wiederkehrt. Eigene Zwillingsuntersuchungen sowie die von Essen-Möllers durchgeführten zeigen, daß weitgehend bei beiden Zwillingen atypische Verläufe zur Beobachtung kommen.

Betrachtet man daneben die Entwicklung in der Psychiatrie Nordamerikas und Skandinaviens seit Kasanin 1933, so sieht man allerdings, daß Elsässer mit seiner Forderung durchaus nicht so allein steht, wie es zunächst scheinen mag. Die seit 1933 in den USA gebräuchliche Bezeichnung "schizoaffektive Psychose" für die atypischen endogenen Psychosen - neben anderen - hat seit Beginn der 70er Jahre, vor allem auch mit der Erstellung der Diagnosen-Klassifikation durch die WHO (8. Revision der ICD), in Deutschland Eingang gefunden. Nach anfänglicher Zurückhaltung zeigten Untersuchungen (1970, Hippius et al.) sehr bald die große Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Klassifikation. Es scheint daher umso mehr geboten, das Aufkommen und die Entwicklung der

Diagnose "Schizoaffektive Psychose" in der anglo-amerikanischen, skandinavischen und japanischen Literatur einer kurzen Betrachtung zu unterziehen.

In seiner Arbeit "The Acute Schizoaffective Psychosis" (1933) beschreibt Kasanin eine Gruppe von neun Patienten, die zunächst als D.p. diagnostiziert worden waren, nach deren gründlicher Beobachtung er aber zu dem Schluß kommt, daß hier eine eigene Form von Psychose vorliegt, die "Schizoaffektive Psychose" zu nennen er vorschlägt. Gemeinsame Kennzeichen dieser Gruppe sind: Eine Mischung von schizophrenen und affektiven Symptomen, plötzlicher Beginn der Psychose bei exogener Belastung mit einer relativ kurzen Dauer von einigen Wochen bis Monaten, danach restitutio ad integrum; betroffen werden vor allem körperlich gesunde, präpsychotisch unauffällige junge Leute zwischen 20-40 Jahren, die sozial und beruflich angepaßt waren. Polozker (1933) und Domarus (1933) unterstützen Kasanins Vorschlag, wobei sie vor allem die Wiederherstellung ohne Defekt als pathogomonisch betonen. Es dauerte aber noch Jahrzehnte, bis sich der von Kasanin geprägte Krankheitsbegriff allgemein durchsetzte.

Langfeld (1939, 1960) schlägt nach langjährigen Untersuchungen vor, von der Gruppe der "genuinen Schizophrenien" die der "schizophreniformen Psychosen" als eigenes Krankheitsbild abzutrennen, da diese meist reaktiver Art auf physischen oder psychischen Stress seien und alle eine gute Prognose zeigten. Vaillant (1964) hat sicher recht, wenn er schreibt, daß Langfeldts Fälle nicht von den von Kasanin beschriebenen zu unterscheiden seien. Auch Meduna (1950) grenzte die Gruppe der atypisch verlaufenden Schizophrenien von der Kerngruppe ab, nannte sie aber unter besonderer Betonung ihres wahnhaften Charakters

"Oneirophrenien". Kaij (1967) beschreibt das wiederholte Auftreten atypischer endogener Psychosen in derselben Familie, wonach er schließt, daß es eine genetische Disposition geben müsse, nach der man auf physischen und psychischen Stress in gleicher Weise reagiere. Sowohl die Disposition als auch die Ausprägung der Psychose scheinen nach Kaij durch ein und dasselbe Gen bedingt. Er beruft sich dabei auf die Arbeiten von Slater (1953), der von ähnlichen Beobachtungen berichtet.

Mit der Frage nach der nosologischen Selbständigkeit der "schizoaffective disorders" führen Clayton, Rodin und Winokur 1968 eine Katamnese an 39 schizoaffektiven Patienten durch und kommen zu dem Schluß, daß die schizoaffektive Psychose dem Kreis der affektiven Psychosen zuzurechnen sei. Winokur (1971) teilte später die schizoaffektiven Psychosen in einen schizophrenen und einen manisch-depressiven Typ ein.

Kendell und Gourlay (1970) kommen nach zwei diskriminanzanalytischen Untersuchungen an schizophrenen sowie manisch depressiven Patienten (N=509) zu dem Ergebnis, daß man weder bei der Schizophrenie noch bei den affektiven Psychosen von getrennten Krankheitsbildern sprechen könne; die erste Analyse hatte eine eher trimodale, die zweite eine relativ normale Verteilung gezeigt.

Ziskind, Somerfeld und Jens (1971) berichten von fünf Patienten, die im Laufe von 15-30 Jahren von anfänglich ausgeprägter schizophrener Symptomatik zu manisch-depressiven Phasen überwechselten, wobei sie insgesamt eine auffällige Besserung zeigten. Nach diesen Autoren kann man durchaus von einer homogenen Gruppe von Kranken sprechen, die sowohl schizophrene als auch manisch-depres-

sive Symptome zeigen. In Anbetracht des von ihnen vertretenen psychodynamischen Konzepts wird die Frage nach einer nosologischen Abgrenzung aber nicht gestellt.

Auch Post (1971) will die schizoaffektive Psychose nicht als selbständige Krankheitseinheit, wohl aber als ein für klinische Belange gut abzugrenzendes Syndrom betrachtet wissen. Folgende Merkmale scheinen ihm nach dreijähriger Beobachtung eines Kollektivs von 29 schizoaffektiven Patienten kennzeichnend zu sein: Weibliches Geschlecht, niederer Sozialstatus, sexuelle Schwierigkeiten mit reaktiver Enthemmung, starke familiäre Belastung, auffällige praepsychotische Persönlichkeit und cerebrale Insulte. Nach Post haben die schizoaffektiven Patienten eine wesentlich schlechtere Prognose als sowohl schizophrene als auch manisch depressive Patienten.

Auch A. Welner, Croughan und Robins (1974) versuchen, diagnostische Kriterien für die schizoaffektive Psychose zu entwickeln. Nach sorgfältiger Beobachtung, Katamnese und Befragung der Angehörigen von 266 Patienten glauben sie, daß folgende vier Voraussetzungen gegeben sein müssen, um die Diagnose schizoaffektive Psychose zu rechtfertigen: Zu viele manisch-depressive Symptome, um die Diagnose Schizophrenie zu gestatten, mindestens eines der folgenden Symptome: akuter Beginn, episodischer Verlauf, Verwirrtheit; die Psychose darf nicht im Zusammenhang stehen mit Alkohol, Drogenabusus oder einer hirnorganischen Erkrankung. Ob die schizoaffektive Psychose aber als selbständige nosologische Einheit zu betrachten ist, lassen sie dahingestellt sein.

Ähnlich verfährt Dempsey (1975). Als durchgehende Merkmale von fünf von ihm behandelten schizoaffektiven

Patienten beschreibt er: Junges Alter, akuter Beginn, episodischer Verlauf mit depressiver Symptomatik, Drogenmißbrauch und ausgeprägte familiäre Belastung. Therapeutisch sprachen seine Patienten besonders gut auf die Kombination von Lithium mit Elektrokrampfbehandlung an. Eine nosologische Abgrenzung der schizoaffektiven Psychose aber hält auch Dempsey noch für verfrüht.

Von den skandinavischen Autoren wurde Langfeldt schon erwähnt, Strömgren (1940, 1965) beschäftigt sich vor allem mit dem familiären Hintergrund der Patienten mit benigne bzw. maligne verlaufenden Schizophrenien und kommt zu dem Ergebnis, daß sich die beiden Verlaufsformen der Schizophrenie in genetischer Hinsicht erheblich voneinander unterscheiden; die Familien mit benignem Verläufen sind mehr belastet als die mit "echten Schizophrenien", man findet dort allerdings vor allem Neurosen, reaktive Psychosen und manisch-depressive Bilder. Strömgrens Ergebnisse stehen damit im Einklang mit denen von Foergeman (1945) und Labhardt (1963). Zusammen mit J. Welner erarbeitet Strömgren 1958 folgende diagnostische Kriterien für die schizoaffektive Psychose: Akuter oder subakuter Beginn, häufig psychisch oder somatisch bedingte Provokation, unbeeinträchtigte emotionelle Sphäre, nur selten praemorbide eine schizoide Persönlichkeit. Für eine Abgrenzung gegenüber der Schizophrenie sprechen demnach nach diesen Autoren: Klinische Manifestationsweise, Prognose und genetischer Hintergrund.

Ähnliche Untersuchungsergebnisse beschreibt Wälinder (1972): In den Familien seiner schizoaffektiven Patienten finden sich gehäuft Neurosen, psychotische und andere psychische Auffälligkeiten, bei der Geschlechterverteilung ist das Überwiegen der Frauen auffällig (10:1)

und eine genetische Disposition auf Stress mit einer schizoaffektiven Psychose zu reagieren scheint unabweisbar. Therapeutisch sprachen seine Patienten besonders gut auf eine Kombination von Neuroleptika mit Elektrokrampfbehandlung an. Vor allem aufgrund des unabhängigen Genotypus halt es daher Wålinder für geboten, die schizoaffektive Psychose als selbständige nosologische Einheit zu betrachten.

In Hinblick auf die Aufdeckung des genetischen Hintergrundes auch der atypischen endogenen Psychosen dürfen selbstverständlich die Arbeiten von Mitsuda (1941, 1965, 1967), Asano (1960) und Mitarbeitern nicht übergangen werden. Mitsuda charakterisiert die atypischen endogenen Psychosen zunächst folgendermaßen: Kaleidoskopische, rasch wechselnde klinische Bilder, zu Beginn häufig emotionale Verwirrtheit, in der Folge Verwirrtheits- und Wahnzustände, episodischer Verlauf, gute Prognose, aber nicht immer restitutio ad integrum. Die Übereinstimmung mit den obigen Beschreibungen der schizoaffektiven Psychose ist offenkundig. Seine Familien- und Zwillingsuntersuchungen fuhrten zu folgenden Ergebnissen: Die Schizophrenien vererben sich uberwiegend rezessiv, während bei den atypischen Psychosen zu gleichen Teilen rezessive wie dominante Erbgänge zur Beobachtung kommen. Die Familien der schizophrenen Patienten zeigten keine atypischen Psychosen, die Familien der Patienten mit atypischen Psychosen zeigten keine Schizophrenien, von 16 untersuchten Zwillingspaaren (15 davon eineiig), von denen je ein Zwilling an einer Schizophrenie erkrankt war, zeigte keiner der verwandten Zwillinge eine atypische Psychose. Mitsuda folgert, daß der Genotypus der atypischen Psychose verschieden und unabhängig von den der Schizophrenie sei. Das gleich gilt, wenn auch nicht so klar abgegrenzt,

für die Beziehung zwischen atypischer Psychose und manisch depressivem Irresein. Mitsuda postuliert folglich eine klare Abgrenzung der drei Psychoseformen: Schizophrenie - atypische endogene (schizoaffektive) Psychose - manisch-depressives Irresein, nicht allein aufgrund ihrer jeweiligen genetischen Unabhangigkeit, sondern vornehmlich mit dem Ziel, das gebräuchliche Klassifikationssystem in Richtung einer rationaleren und natürlicheren Einteilung fortzuentwickeln. Ironisch zitiert er dabei allerdings Hoche mit seinem Satz, daß "searching for disease entities in the field of psychoses ist something like chasing after phantoms".

3. Methodik

Wie eingangs beschrieben, geht die vorliegende Arbeit der Frage nach, ob und inwieweit die Schizoaffektive Psychose von den Schizophrenien abzugrenzen ist.

Die im folgenden beschriebene Methodik spiegelt den Versuch, trotz äußerst komplexer Zusammenhänge den allgemeinen Fehler so gering wie möglich zu halten und ihn - falls unvermeidbar - von vornherein in Rechnung zu stellen.

3.1. Auswahl der Vergleichsgruppen

Bei der Zusammenstellung der beiden Vergleichsgruppen, schizoaffektive Patienten einerseits und schizophrene Patienten andererseits wurde folgendermaßen verfahren:

Anhand der Diagnosebücher der Universitätsklinik München wurden die Häufigkeiten der Diagnose Schizoaffektive Psychose über die Jahre 1969 bis 1974 verfolgt.

	1969		1970		1971		1972		1973		197	
Geschlecht	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	♀	♂	
Schizoaffektive Psychose	0	0	2	0	13	25	19	25	23	20	17	2
Proz. Anteil am Gesamtkrankengut	0	0	0,11	0	0,7	2,1	1,1	2,2	1,2	2,0	1,3	3

Man ersieht aus der Tabelle, daß seit dem Aufkommen der Diagnose Schizoaffektive Psychose im Jahr 1971 die Häufigkeiten - von einer leicht steigenden Tendenz abgesehen - relativ konstant bleiben. Man vergleiche dazu auch den prozentualen Anteil am Gesamtkrankengut. Da für die katamnestische Untersuchung vor allem daran gelegen war, einen möglichst langen Zeitraum überblicken zu können, wurden die Jahrgänge 1971 und 1972 für die Untersuchung ausgewählt. Die Zeitspanne von vier bzw. fünf Jahren schien einerseits ausreichend, um verläßliche Aussagen über den jeweiligen Krankheitsverlauf machen zu können, andererseits auch nicht so groß, daß sie für die Patienten unüberschaubar geworden wäre.

Die 82 Diagnosen Schizoaffektive Psychose der Jahre 1971 und 1972 verteilten sich auf 77 Patienten, von denen 5 Patienten in diesem Zeitraum zweimal unter derselben Diagnose in der Universitätsnervenklinik behandelt worden waren. Nun mußten diejenigen Patienten aus der Untersuchung herausgenommen werden, die nicht in München oder zumindest seiner weiteren Umgebung wohnten und denen von daher die weite Reise nicht zugemutet werden konnte. Das traf für 15 Patienten zu, so daß schließlich 62 schizoaffektive Patienten für eine katamnestische Untersuchung in Frage kamen.

Die Vergleichsgruppe der schizophrenen Patienten wurde folgendermaßen zusammengestellt: Ausgehend von der jeweiligen Patientennummer eines schizoaffektiven Patienten im Diagnosebuch wurden diesem jeweils die beiden folgenden gleichaltrigen (+ - 5 Jahre) schizophrene Patienten zugeordnet. Die doppelte Anzahl von schizophrenen Patienten auszuwählen, war zunächst einmal wegen der größeren Häufigkeit dieser Diagnose möglich und schien vor allem

aufgrund des schwereren Krankheitsbildes geboten, was sich in der Folge als richtig erwies. Da die Diagnosebücher nach Geschlechtern getrennt geführt werden, ergab sich so eine nach Alter und Geschlecht parallelisierte Stichprobe bei der zwei schizophrene auf einen schizoaffektiven Patienten kamen. Auch hier wurden nur Patienten in Betracht gezogen, die im Raum München wohnten.

Die 166 ausgewählten Patienten erhielten nun - im Mai 1976 - ein Schreiben mit der Bitte, sich im Laufe der folgenden drei Monate zu einem ausführlichen Gespräch in der Universitätsnervenklinik einzufinden. Für die Rückantwort wurde ein vorgedruckter Bogen und ein frankiertes Couvert beigelegt. Die Antworten gliederten sich folgendermaßen auf:

	schizophrene Patienten		schizoaffektive Patienten	
	♂	♀	♂	♀
abgesandte Briefe	42	82	21	41
Retouren der Post	11	21	6	5
P. zu krank, um kommen zu können	1	2	0	1
P. möchte nicht kommen	4	3	4	3
Suizid (von Verwandten mitgeteilt)	1	0	1	1
P. verstorben (von Verwandten mitgeteilt)	0	1	1	0
keine Reaktion	17	44	5	17
Zur Nachuntersuchung erschienen	8	11	4	14

Von den 124 schizophrenen Patienten erschienen schließlich 19, von den 62 schizoaffektiven Patienten 18 zur Untersuchung.

Auffällig ist natürlich, daß sich von der doppelt so großen Anzahl schizophrener Patienten praktisch genauso viele zur Untersuchung einfanden wie von der Gruppe der schizoaffektiven Patienten. Dabei spielen die Punkte "Retouren der Post" und "keine Reaktion" die größte Rolle: Retouren der Post kamen von ca 35% der schizophrenen und ca 18% der schizoaffektiven Patienten, keine Reaktion zeigten ca 46% der schizophrenen und 33% der schizoaffektiven Patienten. Die große Anzahl der Retouren weist auf soziale Instabilität, die vielen unbeantworteten Schreiben auf unsoziales Verhalten, Kontaktschwäche, Resignation und Schwere des Krankheitsbildes hin. Dies sind natürlich Vermutungen; die wirklichen Gründe für das unterschiedliche Verhalten konnten nicht nachgeprüft werden und müssen daher unberücksichtigt bleiben. Für die vorliegende Untersuchung festzuhalten bleibt allerdings, daß sich die beiden Gruppen, die schließlich aufgrund ihrer Cooperationsbereitschaft ausführlich befragt werden konnten, in ihrem sozialen Verhalten ähnelten. Umso auffälliger in Hinblick auf eine Generalisierung der Untersuchungsergebnisse ist es natürlich, wenn beim sorgfältigen Vergleich zweier derartiger Gruppen Unterschiede festzustellen sind.

3.2. Frage- und Dokumentationsbögen

In Hinblick auf die Interpretation der Ergebnisse ist es ebenso wichtig, zunächst auf das Prinzip der Frage- und Dokumentationsbögen, auf die sich die Untersuchung stützte, kurz einzugehen.

Es handelt sich hierbei um das von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie entwickelte AMP-System zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (1969), die von Katz und Lyerly entwickelte soziale Verhaltensskala (1963), das von Wing et al. 1967 veröffentlichte Present State Examination in seiner 9. Fassung vom Mai 1973 und einem speziell für die Katamnese entwickelten halbstandardisierten Bogen, der vor allem der Verlaufsbeurteilung dienen sollte.

Das AMP-System enthält derzeit 6 Belegblätter, davon die ersten vier in Form von Markierungsleser-Belegen. Wir benutzten hiervon die ersten beiden für die allgemeine Anamnese und die Krankheitsanamnese. Scharfetter (1972) beschreibt folgendermaßen Vorgehensweise und Ziel der AMP-Arbeitsgruppe: "Um den Gehalt des psychopathologischen Merkmalsregisters zu überprüfen, wurde aus den großen Standardwerken der Schizophrenien (Bleuler, Berze und Gruhle, Mayer-Gross, K. und C. Schneider) ein Merkmalskatalog der schizophrenen Symptome erstellt. Das AMP-System will auf der traditionellen Psychopathologie aufbauen und deshalb keine neuen Definitionen psychopathologischer Merkmale geben." Für die Beurteilung eines Merkmals können alle verfügbaren Informationen herangezogen werden: Angaben des Patienten, Eindruck des Untersuchers, frühere Befunderhebungen u.ä. Seit seiner

Entwicklung im Jahre 1969 wurde das AMP-System in mehreren größeren Studien verwandt und ist heute integrierter Bestandteil der Dokumentation in einer Reihe von Universitätsnervenkliniken.

Die von Katz und Lyerly 1963 entwickelte Methode, soziales Verhalten und Anpassung an die Umwelt zu messen, gliedert sich in zwei Teile, und zwar folgendermaßen: Der erste Teil stützt sich auf die gängige Vorstellung von geistiger Gesundheit als Abwesenheit grober psychopathologischer Auffälligkeiten. 127 entsprechende Items wurden entwickelt, um sie negativ mit Anpassung und sozialem Verhalten korrelieren zu können. Soweit stehen Katz und Lyerly in der Tradition der Inpatient Multidimensional Psychiatric Scales (Lorr et al. 1962), der Wittenborn Psychiatric Scales (1955) und der Distress Checklist (Parloff et al. 1954), auf die sie sich auch berufen und die sämtlich auf besagtem negativen Konzept geistiger Gesundheit basieren. Im zweiten Teil nun versuchen Katz und Lyerly, ein positives Konzept von Anpassung zu finden und entsprechende Items zu entwickeln. Anpassung wird definiert als "bringing into proper relation behavior to circumstances or oneself to one's environment, to free from differences or discrepancies, to bring to a satisfactory state so that parties are agreed" (Webster). Die sechzehn Items, die angemessenes soziales Verhalten messen sollen, fragen nach folgenden Dingen: Kontaktpflege, Körperpflege, Übernahme sozialer häuslicher Aufgaben und beruflicher Tätigkeit. Einmal wird nach der objektiv nachweisbaren Tätigkeit gefragt, das andere Mal nach den subjektiven Erwartungen, die der Patient in Bezug auf die gefragten Tätigkeiten an sich selbst stellt. Die von Katz und Lyerly durchgeführte Validitätskontrolle zeigt, daß die eigenen Erwartungen und die Erwartungen

des sozialen Umfeldes in hohem Maße korrelieren. Das ist in Hinblick auf die oben zitierte Definition von Anpassung nach Webster ein wichtiger Punkt.

Das Freizeitverhalten als Ausdruck sozialer Anpassung wird in 22 weiteren Items abgefragt, hier ebenfalls zunächst die Intensität der Aktivitäten (häufig, manchmal, fast nie, trifft nicht zu) und danach den Grad der Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit in Bezug auf die einzelnen Aktivitäten (ich täte es gern mehr oder weniger). Die schon oben erwähnte Validitätskontrolle zeitigte folgendes Ergebnis: Zwei von einem erfahrenen klinischen Team nach klinischen Kriterien erstellte Gruppen (Gruppe A sozial angepaßt, Gruppe B sozial unangepaßt) können mit der sozialen Verhaltensskala getrennt werden, und zwar wie folgt: Die Skala sozial erwartetes Verhalten und Freizeitaktivitäten trennt die Gruppen gut, die Skala Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem sozial erwarteten Verhalten trennt die Gruppen auf einem niedrigeren, aber signifikanten Niveau ($p=0,02$), die Skala Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit den Freizeitaktivitäten trennt die beiden Gruppen nicht ausreichend.

Um soziales Verhalten und Anpassung an die Umwelt der von uns untersuchten Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung (1976) zu messen, wurde nur der zweite Teil des von Katz und Lyerly entwickelten Instrumentes verwandt.

Zur zuverlässigen Erfassung des psychopathologischen Befundes zum Zeitpunkt der Untersuchung wurde das "Present State Examination" (PSE) zu Hilfe genommen. Seit seiner Veröffentlichung im Jahre 1967 wurde dieser Fragebogen einer Reihe groß angelegter Studien zugrunde gelegt, u.a. der International Pilot Study of Schizophrenia (IPSS)

der WHO (Genf 1973) und dem US-UK Diagnostic Project von Cooper et al. (1972). Man kann daher wohl davon ausgehen, daß seine Validität und seine Reliabilität unbestritten sind.

Ziel des PSE ist es, vergleichbare und präzise Daten von allen Symptomen zu erfassen, die bei Neurosen oder funktionellen Psychosen in Erscheinung treten können. Hierzu wurden 140 Items entwickelt, von denen jedes als abwesend oder in leichter bzw. starker Ausprägung vorhanden markiert wird. Für die Beurteilung eines Merkmales ist allein der Eindruck des Untersuchers maßgebend.

Um sich einer Diagnose anzunähern, werden aus den 140 Symptomen 31 Syndrome gebildet, die wiederum 6 beschreibenden Kategorien zugeordnet werden (schizophren, manisch, depressiv, ängstlich, hysterisch und zwanghaft). Die diesen Klassifikationen zugrunde liegenden klinischen Kriterien entsprechen nach Angabe der Autoren den Vorstellungen des europäischen Psychiaters von heute.

Der von uns entwickelte halbstandardisierte Fragebogen schließlich fragt nach Daten, die uns für die Beurteilung des Verlaufes (1971/72-76) und für den augenblicklichen sozialen Status wichtig schienen.

3.3. Untersuchung

Zur Vorbereitung auf die Befragung standen uns die von der Universitätsklinik München geführten Krankengeschichten der betroffenen Patienten zur Verfügung. Aus ihnen

konnten bereits folgende Daten entnommen werden:

1. Allgemeine Anamnese und Krankheitsanamnese für den Krankenhausaufenthalt im Jahre 1971/72 (Dokumentation auf AMP-Bögen).

2. Anzahl und genaue Dauer der Hospitalisierungen bis 71/72 und die verschiedenen bis dahin gestellten Diagnosen.

3. Soweit der entsprechende Patient in der Zwischenzeit wiederum hospitalisiert worden war, war es möglich, sich bereits ein vorläufiges Bild des Verlaufes zu machen.

Die Nachuntersuchung selbst fand, von wenigen Ausnahmen abgesehen, in der Universitätsklinik München statt. Zwei zum Zeitpunkt der Untersuchung hospitalisierte, schizophrene Patienten wurden im Bezirkskrankenhaus Haar, jeweils eine schizophrene und eine schizoaffektive Patientin bei sich zu Hause befragt.

Die Dauer des Interviews betrug eineinhalb bis dreieinhalb Stunden. Es gliedert sich in drei Teile:

1. Ein freies Interview: Auf die Frage nach dem augenblicklichen Befinden bzw. den Beschwerden äußerten sich die Patienten unterschiedlich, meist jedoch recht umfassend und präzise. So konnte bereits ein Eindruck von der Persönlichkeit und dem augenblicklichen Befinden des Patienten gewonnen werden.

2. Im zweiten, halbstandardisierten Teil wurde zunächst nach Daten gefragt, die den Krankheitsverlauf seit

71/72 betrafen, insbesondere nach Hospitalisierungen, nach ärztlicher Betreuung, Neuroleptikaeinnahme, Arbeitsunfähigkeit, Dauer der Beschwerden und größeren persönlichen Veränderungen. Als Anhaltspunkt für den augenblicklichen sozialen Status wurde noch nach sozialer Autonomie bzw. Abhängigkeit und der Höhe des letzten Einkommens gefragt.

3. Im dritten, standardisierten Teil des Interviews füllte der Untersucher zunächst zusammen mit dem Patienten die AMP-Dokumentationsbögen zur Allgemeinen Anamnese und zur Krankheitsanamnese für den Zeitpunkt der Untersuchung aus. Die soziale Verhaltensskala von Katz und Lyerly wurde von den Patienten selbständig ausgefüllt. Das Present State Examination zur Feststellung des augenblicklichen psychopathologischen Befundes, basierend auf dem Symptombild der letzten vier Wochen, wurde mit Hilfe eingehender Befragung durchgeführt. Die Technik dieser Befragung hatte sich der Untersucher in verschiedenen Trainingssitzungen aneignen können.

Bei diesem langen und intensiven Interview war die Kooperationsbereitschaft der Patienten durchweg erstaunlich groß. Darin kommt offensichtlich das große Bedürfnis psychisch kranker Menschen nach Aussprache und Klärung ihres ihnen unbegreiflichen Zustandes zum Ausdruck.

3.4. Erhobene Daten

Nach Abschluß der Untersuchung standen für jeden Patienten folgende Unterlagen zur Auswertung zur Verfügung:

1. Zur Beurteilung des Status zum Zeitpunkt der Diagnosestellung im Jahr 71/72:
   a) Psychiatrische Anamnese (dokumentiert auf AMP-Bögen).
   b) Allgemeine Anamnese (dokumentiert auf AMP-Bögen).

2. Zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes von 71/72 bis 76:
   a) Daten über Hospitalisierung, ärztliche Betreuung, Neuroleptikaeinnahme, Beschwerden (dokumentiert auf eigenem Fragebogen).
   b) Daten über Arbeitsfähigkeit, berufliche Entwicklung, größere persönliche Veränderungen (dokumentiert auf eigenem Fragebogen).

3. Zur Beurteilung des Status zum Zeitpunkt der Untersuchung im Jahr 1976:
   a) Psychopathologischer Befund (dokumentiert auf PSE-Fragebögen).
   b) Psychiatrische Anamnese (dokumentiert auf AMP-Bögen).
   c) Allgemeine Anamnese (dokumentiert auf AMP-Bögen).
   d) Soziale Verhaltensskala nach Katz und Lyerly.

Zudem war noch in einem ausführlichen Protokoll der persönliche Eindruck des Untersuchers von jedem Patienten, dem Krankheitsverlauf und seinem augenblicklichen Zustand niedergelegt worden.

3.5. Auswertung

Bei der Auswertung der Unterlagen ergaben sich folgende Probleme: Die Fülle des erhobenen Materials erlaubte zwar eine genaue Beurteilung jedes einzelnen Patienten, in Hinblick aber auf das eigentliche Anliegen, nämlich den Vergleich der beiden Kollektive, waren die 37 untersuchten Patienten mit je 243 Items zweifellos überdeterminiert. Ausgehend von den gängigen psychopathologischen Vorstellungen von den beiden Krankheitsbildern wurden verschiedene, wichtig erscheinende Merkmale ausgewählt und nach unterschiedlicher Ausprägung in den beiden Gruppen tabelliert, um so einen groben Überblick über Dichte und Art ihrer Verteilung zu erhalten. Es ergab sich, daß die Merkmale durchaus nicht immer als normal und/oder gleich verteilt anzusehen waren. Zudem handelte es sich um quantitative sowie qualitative Merkmale, das Vorgehen bei der weiteren, statistischen Auswertung war also mit einem gewissen Spielraum vorgegeben.

Der Gang der statistischen Prüfung war dann folgender:

1. Zunächst wurde als Basisstatistik ein χ^2-Test über jedes der 243 Items gerechnet.

2. Die Verhaltensskala von Katz und Lyerly wurde zusätzlich im einzelnen geprüft durch:
   a) Anwendung des χ^2-Tests auf die Summe der Differenzen zwischen sozial erwarteten und erbrachtem Verhalten.
   b) Anwendung des χ^2-Tests auf die Summe der Items, die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit mit dem eigenen Freizeitverhalten ausdrücken.

c) Die Summe der verschiedenen Intensität sozial erwarteter Aktivitäten wurde mit dem Mann-Whitney-Test geprüft.

d) Mit dem Mann-Whitney-Test wurde ebenfalls die Summe der verschiedenen Intensitäten der Freizeitaktivität geprüft.

3. Zur Annäherung an diagnostische Kategorien wurde das PSE zusätzlich noch folgendermaßen geprüft:

a) Die 108 Symptome wurden in 31 Syndrome transformiert, deren Verteilung nochmals mit dem χ^2-Test geprüft wurde.

b) Mit den fünf sich aus dieser Prüfung ergebenden signifikanten bzw. statistisch auffälligen Syndromen wurden dreidimensionale Kontingenztafeln gerechnet.

Lorsqu'on ne sait pas la vérité d'une chose il est bon qu'il y ait une erreur commune qui fixe l'esprit des hommes.

Blaise Pascal

4. Ergebnisse

In Folgendem werden aus Gründen der Übersicht lediglich die Merkmale aufgeführt, die aus der statistischen Prüfung als signifikant (auf dem 5%-Niveau) bzw. statistisch auffällig (10%-Niveau) hervorgegangen sind.

Die detaillierte tabellarische Auflistung der Merkmalsverteilung, auf die Bezug genommen wird, sowie eine vollständige Auflistung aller statistisch betrachteten Merkmale befindet sich im Anhang.

Ziel aller auf die Merkmalsverteilung in den beiden Gruppen angewandten mathematischen Verfahren war es, die Hypothese von der Unabhängigkeit der beiden Gruppen voneinander zu prüfen.

4.1. Zustand und Verlauf bis 1971/72

4.1.1. Soziale Anamnese

Skala: AMP

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2	Freiheits-grade	p
6	Umgebung der kindlichen Entwicklung	konstant wechselnd	3,291	1	$p<0,1$
17	Wohnverhältnisse	gut genügend ungenügend	4,576	2	$p<0,1$

Nach Anwendung der χ^2-Testes auf die 15 Merkmale zur sozialen Anamnese sehen wir, daß die beiden Gruppen sowohl durch das Item "Umgebung der kindlichen Entwicklung" als auch die unterschiedlichen "Wohnverhältnisse" auf einem statistisch auffälligem Niveau getrennt werden, und zwar stets zu Ungunsten der Gruppe der schizophrenen Patienten (vgl. Anhang 2.1.).

Die tabellarische Auswertung der Merkmale zeigt dabei insgesamt praemorbide eine geringgradige positivere soziale Entwicklung bei den schizoaffektiven Patienten, was vor allem in einer gelungeneren beruflichen Anpassung zum Ausdruck kommt (vgl. Tabelle 7).

4.1.2. Psychiatrische Anamnese

Skala: ANP

Nr.	Merkmal Ausprägung	χ^2	Freiheits-grade	p
19	Schizoaffektive Psychose bei Verwandten 1. Grades	4,734	1	$p<0,05$
20	Andere psychiatr. Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades	6,102	1	$p<0,05$
23	Schizoaffektive Psychose bei ferneren Verwandten	3,446	1	$p<0,1$

Die statistische Auswertung der Familienanamnese zeigt, daß die Item "Schizoaffektive Psychose" und "Andere psychiatrische Erkrankungen" jeweils bei Verwandten 1. Grades die beiden Gruppen auf einem signifikanten Niveau, das Merkmal "Schizoaffektive Psychose bei ferneren Verwandten" sie auf einem statistisch auffälligen Niveau trennt. Dabei ist die Belastung jeweils größer bei den schizoaffektiven Patienten (vgl. Tabelle 2).

4.2. Verlauf 1971/72 - 76

Die statistische Prüfung der zum Krankheitsverlauf erhobenen Daten erbrachte weder signifikante noch statistisch

auffällige Trennungen der beiden Gruppen.

Desungeachtet zeigen die tabellarischen Auflistungen der Merkmalsverteilung in den beiden Gruppen so ausgeprägte Tendenzen, daß sie nicht unbeachtet bleiben dürfen:

Aus Tabelle 12 ist ersichtlich, daß 8 schizophrene, aber nur 3 schizoaffektive Patienten im beobachteten Zeitraum einen beruflichen Abstieg hinnehmen mußten.

Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit (Tabelle 13) war mit durchschnittlich 2,21 Jahren bei den schizophrenen mehr als doppelt so lang wie bei den schizoaffektiven Patienten (0,97 Jahre), während die durchschnittliche Anzahl der Hospitalisierungen mit 2,3 bei den schizoaffektiven Patienten merklich über der durchschnittlichen Anzahl von 1,6 in der Vergleichsgruppe lag.

Ebenso zeigte die Entwicklung der sozialen Störungen bei den schizoaffektiven Patienten durchweg eine positivere Tendenz (vgl. Tabelle 14, 15), während lediglich bei den Merkmalen "Ärztliche Betreuung" sowie "Neuroleptikaeinnahme" keine gravierenden Unterschiede festzustellen waren (vgl. Tabelle 17, 18).

4.3. Status 1976

4.3.1. Soziale Anamnese

4.3.1.1. Skala: AMP

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2	Freiheitsgrade	p
41	Zivilstand	ledig verheiratet geschieden verwitwet	6,267	3	$p<0,1$
42	Wohnverhältnisse	gut genügend ungenügend	6,978	3	$P<0,1$
54	Soziale Autonomie	eigene Arbeit Hausfrau Verwandte Rente vorzeitige Rente Fürsorge	10,707	5	$p<0,1$

Bei der statistischen Prüfung der 16 mit dem AMP-Erhebungsbogen dokumentierten Merkmale zur sozialen Anamnese 1976 sehen wir, daß die beiden Gruppen auf einem statistisch auffälligen Niveau durch folgende Merkmale getrennt werden: Zivilstand, Wohnverhältnisse und soziale Autonomie. Dabei fanden sich die schizoaffektiven Patienten jeweils in der günstigeren bzw. der Norm angeglicheneren Situation (Ehe; vgl. Tabelle 21, 22).

Beachtenswert ist trotz fehlender Signifikanz dieses Items, daß zum Zeitpunkt der Untersuchung das durchschnittliche Einkommen der schizoaffektiven Patienten mit 1.580,--DM um gut 50% über dem der schizophrenen Patienten mit 1.000,--DM lag (vgl. Tabelle 22).

4.3.1.2. Skala: Soziale Verhaltensskala von Katz und Lyerly

Nr.	Merkmal	χ^2	Freiheitsgrade	p
58	Besuche Freunde	6,397	3	$p<0,1$
67	Helfe bei Familieneinkäufen	4.480	3	$p<0,1$
94	Schreibe Briefe	13,389	3	$p<0,05$

Bei der statistischen Betrachtung der 16 einzelnen Items zum sozial erwarteten Verhalten und zum Freizeitverhalten resultierte eine Trennung der beiden Gruppen bei den Merkmalen "Besuche Freunde", "Helfe bei Familieneinkäufen" und "Schreibe Briefe", wobei die Merkmale jeweils in der Gruppe der schizoaffektiven Patienten ausgeprägter waren.

Die Prüfung der Summe der Scores sowohl der sozial erwarteten Aktivitäten als auch des Freizeitverhaltens mit dem Mann-Whitney-Test zeitigte folgendes Resultat:

In Bezug auf die regelmäßige Erfüllung von sozial erwartetem Verhalten trennten sich die beiden Gruppen auf einem hochsignifikanten Niveau (2%), und zwar zugunsten der Gruppe der schizoaffektiven Patienten.

Ebenso zeigten die schizoaffektiven Patienten ein signifikant (2%-Niveau) aktiveres und dabei flexibleres Freizeitverhalten (vgl. Anhang 2.3.).

4.3.2. Psychiatrischer Befund Skala:PSE

4.3.2.1. Basisstatistik über alle Symptome

Nr.	Merkmal	χ^2	Freiheitsgrade	p
172	Einschlafstörungen	5,339	1	p<0,05
174	Frühzeitiges morgendliches Aufwachen	5,510	2	p<0,1
197	Nicht verbale, akust. Halluzinationen	5,474	2	p<0,1
210	Wahnhafte Mißdeutungen und Verkennungen	3,033	1	p<0,1
219	Primäre Wahninhalte	4,249	1	p<0,05
230	Systematisierte Wahninhalte	9,270	2	p<0,01
232	Beschäftigung mit Wahninhalten und Halluzinationen	5,[illegible]	4	p<0,1
239	Auffälliges Verhalten als Folge von Wahnideen und Halluzinationen	8,179	3	p<0,05

Bei der Betrachtung der Basisstatistik über alle 140 Symptome des Present State Examination muß man sich selbstverständlich vor Augen halten, daß bei einem Signifikanzniveau von 5 bzw. 10% einzelne Symptome allein aufgrund des statistischen Zufalls beide Gruppen trennen können. Betrachtet man aber die vorstehenden - signifikanten - Merkmale, so sieht man, daß sie überwiegend paranoider Natur sind, während Merkmal 172 und 174 als Ausdruck allgemeinen psychischen Wohlbefindens gewertet werden müssen. Sämtliche Merkmale trennten die Gruppen aufgrund ihrer größeren Frequenz bei den schizophrenen Patienten. Unter Berücksichtigung der weiteren Auswertung des PSE haben die aufgeführten Symptome demzufolge zweifellos ihren Stellenwert.

4.3.2.2. Statistik über die aus den Symptomen gebildeten Syndrome

Nr.	Syndrom	χ^2	Freiheitsgrade	p
109	Schizophrenes Kernsyndrom	9,225	2	$p<0,02$
110	Residualsyndrom	5,477	1	$p<0,02$
111	Depressive Wahninhalte und Halluzinationen	8,179	2	$p<0,02$
113	Akustische Halluzinationen	4,249	1	$p<0,05$
124	Unspezifische Psychose	8,179	2	$p<0,02$

Bei der statistischen Betrachtung (vgl. Anahng 2.3.) der 31 aus dem PSE gebildeten Syndrome erkennt man, daß die beiden Gruppen größtenteils hochsignifikant durch folgende Syndrome getrennt werden: "Schizophrenes Kernsyndrom", "Residualsyndrom", "Depressive Wahninhalte und Halluzinationen", "Akustische Halluzinationen" und "Unspezifische Psychose". Erwähnt sei an dieser Stelle nochmals, daß es sich hierbei um diagnostische Kategorien, nicht aber um Diagnosen handelt (Wing et al. 1970). Die Trennung wurde in sämtlichen Fällen durch die Häufung der Syndrome in der Gruppe der schizophrenen Patienten bewirkt.

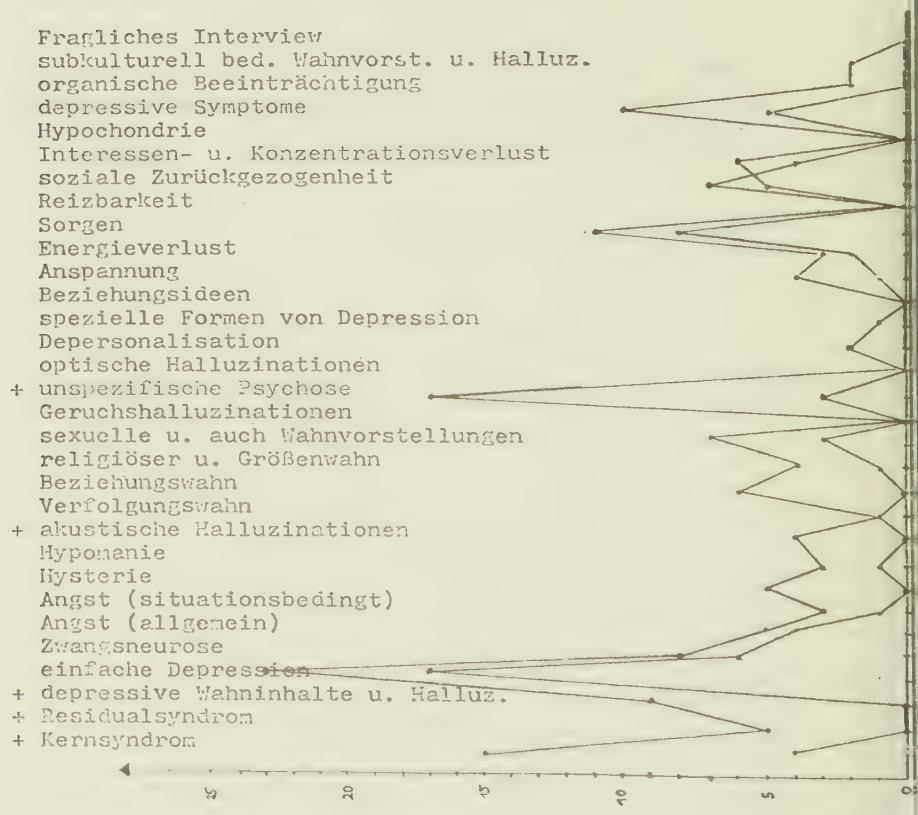
4.3.2.3. Dreidimensionale Kontingenztafeln über die signifikanten Syndrome

Das Rechnen der Kontingenztafeln diente der Prüfung der Hypothese von der Unabhängigkeit der fünf signifikanten Syndrome untereinander einerseits, sowie der Prüfung der Hypothese von der Unabhängigkeit der signifikanten Syndrome von der Gruppeneinteilung andererseits.

Merkmal 1	Merkmal 2	χ^2	Freiheits-grade	p
Unspezifische Psychose	Akustische Halluzinationen	10,16	4	$p<0,05$
Residualsyndrom	Kernsyndrom	9,90	4	$p<0,05$
Depressive Wahnvorstellungen u. Halluzinationen	Kernsyndrom	9,41	4	$p<0,05$
Akustische Halluzinationen	Kernsyndrom	7,66	4	$p<0,1$
Unspezifische Psychose	Kernsyndrom	11,59	4	$p<0,02$
Depressive Wahnvorstellungen u. Halluzinationen	Residualsyndrom	21,12	4	$p<0,001$
Akustische Halluzinationen	Residualsyndrom	12,07	4	$p<0,02$
Unspezifische Psychose	Residualsyndrom	13,20	4	$p<0,01$
Akustische Halluzinationen	Depressive Wahnvorstellungen u. Halluzinationen	14,18	4	$p<0,01$
Unspezifische Psychose	Depressive Wahnvorstellungen u. Halluzinationen	14,12	4	$p<0,01$

Wir sehen, daß die erste Hypothese, nämlich von der Unabhängigkeit der signifikanten Syndrome in allen Fällen verworfen werden mußte, einmal auf dem 1‰-Niveau, dreimal auf dem 1%-Niveau, zweimal auf dem 2%-Niveau, dreimal auf dem 5%-Niveau und einmal auf statistisch auffälligem Level. Die Hypothese von der Unabhängigkeit der signifikanten Syndrome von der Gruppeneinteilung hingegen mußte beibehalten werden (vgl. Anhang 2.3.).

4.4. Die Häufigkeit und Verteilung der aus dem Present State Examination gebildeten 31 Syndrome in den beiden Gruppen, dargestellt anhand zweier Profile



+ = signifikant auf dem 5%-Niveau

5. Diskussion

Wenn bei der vorliegenden Arbeit und ihrer statistischen Bearbeitung auch mit der denkbar größten Sorgfalt vorgegangen wurde, so darf dies doch nicht darüber hinwegtäuschen, daß es sich stets um den Versuch handelt, durch die Anwendung von wissenschaftlich exakten Methoden Klarheit auf einem Feld zu erlangen, das sich naturwissenschaftlicher Methodik weitgehend entzieht.

So stützen sich die Interviews vornehmlich auf die subjektiven Aussagen der Patienten und den Eindruck eines Untersuchers, der sie zum ersten u. einzigen Mal sah, und zwar in einer ganz bestimmten Situation. Auch wenn wir davon ausgehen, daß die Patienten absolut ehrlich und kooperativ sind, so wissen wir doch, daß für die Psychopathologie entscheidende Momente verschoben und verdrängt, einfach "nicht mehr gewußt" werden.

Auch die Diagnosen "Schizophrenie" und "Schizoaffektive Psychose" - Ausgangs- und Endpunkt unserer Untersuchung - stellen zunächst lediglich Prämissen dar, die näher zu betrachten durchaus eine lohnende Aufgabe wäre. Eine bekannte Tatsache ist zum Beispiel, daß das Spektrum der Diagnosen an den verschiedenen Nervenheilanstalten im allgemeinen stärker differiert als durch örtliche Gegebenheiten allein zu erklären wäre, daß dieses Spektrum wesentlich von den Anschauungen des Klinikdirektors geprägt ist - ganz zu schweigen von den verschiedenen psychopathologischen Vorstellungen die den einzelnen Diagnosen in den verschiedenen Ländern auch Westeuropas

und der USA zugrunde liegen.

Diese ganze Problematik kommt auch in den Definitionen der ICD zum Ausdruck, die für klinische Belange durchaus noch nicht hinreichend operationalisiert sind. Der relative Fortschritt, und nur um einen solchen kann es sich ja handeln, soll damit natürlich nicht in Frage gestellt werden.

5.1. Diagnose

Daß die Schizoaffektive Psychose noch heute dem Kliniker große diagnostische Schwierigkeiten bereitet, zeigte sich auch an den Patienten der vorliegenden Untersuchung.

Die Häufigkeit unterschiedlicher psychiatrischer Diagnosen ist in der Anamnese der schizoaffektiven Patienten auffallend größer als in der der schizophrenen Patienten. Die Tabelle 1 zeigt das meist langwierige Tasten des Untersuchers, bis dieser sich zur Diagnose "Schizoaffektive Psychose" entschließt: Auf eine Diagnose "Schizoaffektive Psychose" entfallen 1,6 andere psychiatrische Diagnosen, während nur 0,3 andere psychiatrische Diagnosen auf eine Diagnose Schizophrenie kommen. Einmal gestellt, wurde die Diagnose Schizoaffektive Psychose allerdings bei unseren Patienten stets beibehalten.

5.2. Alter und Geschlecht

Da in unserer Untersuchung zwei nach Alter und Geschlecht parallelisierte Stichproben vorliegen, können diese Kriterien natürlich nicht zur Differenzierung der beiden Gruppen herangezogen werden. In Anbetracht der neueren Diskussion dürfen diese Merkmale aber dennoch nicht außer acht gelassen werden.

Das Durchschnittsalter aller 1971/72 in der Universitätsklinik München behandelter schizoaffektiver Patienten betrug zu diesem Zeitpunkt 33,2 Jahre, das der schließlich katamnestisch erfaßten Patienten 32,0 Jahre. Das entspricht den Beobachtungen Kasanins (1933), der vor allem junge Leute zwischen 20-40 Jahren als praedisponiert ansah, ebenso betonte Dempsey (1975), daß vor allem relativ junge Leute an einer schizoaffektiven Psychose erkranken.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung ist das Überwiegen der Frauen offensichtlich: 41 Frauen zu 21 Männern im Patientengut der Jahre 71/72 und bei den untersuchten schizoaffektiven Patienten sogar ein Verhältnis von 14 Frauen zu 4 Männern. Prinzipiell weist eine derartige Verteilung natürlich mehr in Richtung Cyclothymie als in Richtung Schizophrenie, bei der die Verhältnisse eher umgekehrt sind.

Von den neueren Autoren hatten sowohl Post (1971) als auch Wålinder (1972) ein starkes Überwiegen der Frauen bei schizoaffektiven Erkrankungen festgestellt, während Kaij (1967) ein Geschlechterverhältnis von 1/1 beobach-

tet hat. Interessant in diesem Zusammenhang ist, daß Leonhard bei seinen cycloiden Psychosen ein Verhältnis von Frauen zu Männern von 9/1 beschreibt.

5.3. Familiäre Belastung

Das wichtigste Argument in der Diskussion um die Abgrenzbarkeit der Schizoaffektiven Psychose von der Schizophrenie war neben der Remission ohne Defekt immer die hereditäre Belastung.

Schon Tabelle 2 (s. Anhang) zeigt die ausgesprochen starke Belastung der schizoaffektiven Patienten der vorliegenden Untersuchung allein im Vergleich zur Schizophrenie, bei der ja selbst schon ein ausgeprägter Erbzusammenhang bekannt ist.

Die Ergebnisse der statistischen Auswertung ergaben eine hochsignifikante Trennung der beiden Gruppen bezüglich des Auftretens von schizoaffektiven Psychosen und anderen psychiatrischen Erkrankungen - außer Schizophrenie - bei Verwandten ersten Grades und eine statistisch auffällige Trennung bezüglich des Auftretens der schizoaffektiven Psychosen bei ferneren Verwandten: Die schizophrenen Patienten waren in keinem einzigen, die schizoaffektiven Patienten in 8 Fällen mit einer oder mehreren schizoaffektiven Psychosen in der Familie, die schizophrenen Patienten in 4, die schizoaffektiven Patienten in einem Fall mit einer oder mehreren Schizophrenien in der Familie belastet. Einmaliges oder mehrfaches Auftreten anderer psychiatrischer Krankheits-

bilder kam in den Familien von 15 schizoaffektiven und 9 schizophrenen Patienten zur Beobachtung.

In der vorliegenden Untersuchung ist demzufolge die erbliche Belastung der schizoaffektiven Patienten im ganzen gesehen auffallend (1,8 mal) größer als die der schizophrenen Patienten. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Beobachtungen von Wålinder (1972), Post (1971), Dempsey (1975), Clayton (1968), Welner und Strömgren (1958), die dabei fast alle das gehäufte Auftreten von Neurosen, Cyclothymien und abnormen Persönlichkeitsstrukturen und das im Vergleich seltene Auftreten einer Schizophrenie in den Familien ihrer schizoaffektiven Patienten betonen. Auch diese Beobachtung wird durch die vorliegende Untersuchung bestätigt: Eine Schizophrenie bei 23 andersartigen psychotischen Erkrankungen in den Familien der schizoaffektiven Patienten.

Die Tatsache, daß bei 8 (44%) der schizoaffektiven Patienten eine gleichartige Psychose in der Verwandschaft zu beobachten ist, während bei keinem einzigen der schizophrenen Patienten eine schizoaffektive Psychose in der Familie nachzuweisen war, weist darauf hin, daß hier ein eigener, selbständiger Genotyp vorliegen könnte.

Die sorgfältigen Untersuchungen von Mitsuda und Asano (1960) hatten zu demselben Ergebnis geführt, ebenso die Beobachtungen von Langfeldt (1939), Foergeman (1963), Labhard (1963), Kaij (1967), Wålinder (1977) und Welner/ Strömgren (1958).

5.4. Praemorbide Persönlichkeit

Schon Kasanin hatte betont, daß seine schizoaffektiven Patienten praepsychotisch eine unauffällige Persönlichkeit, ja sogar eine ausgesprochen gelungene soziale und berufliche Anpassung geboten hatten. Er hielt dies für einen die spätere Genesung entscheidend begünstigenden Faktor.

Die tabellarische Übersicht zeigt in Bezug auf die praemorbide Persönlichkeit der hier untersuchten Gruppen schon folgende Auffälligkeiten: Von den schizoaffektiven Patienten waren weit mehr als von den schizophrenen Patienten als Kind in einer konstanten Umgebung aufgewachsen. Für die gesunde Entwicklung einer stabilen Persönlichkeitsstruktur ist dies zweifellos ein wichtiger Faktor. Es mutet daher fast schon wie eine Folgeerscheinung an, daß zwar bezüglich Schulbildung und Berufsausbildung in den beiden Gruppen eine recht ähnliche Verteilung zu beobachten ist, bei der beruflichen Stellung aber die Gruppe der schizoaffektiven Patienten eine eindeutig positivere Tendenz zeigt. Nicht als Folge sozialer Unbillen, die keine normale Schul- und Berufsausbildung zugelassen hätten, sondern zweifellos aufgrund persönlichkeitsbedingter Faktoren zeigten also auch die schizoaffektiven Patienten der vorliegenden Arbeit im Gegensatz zu den schizophrenen Patienten eine normale bis ausgesprochen gute berufliche Anpassung vor ihrer Erkrankung. In dieses Bild paßt auch die Tatsache, daß genau viermal soviel schizophrene wie schizoaffektive Patienten praepsychotisch eine psychische oder soziale Störung wie Verwahrlosung, Promiskuität, Kriminalität, Alkoholismus oder Medikamentenabusus zeigten.

Die statistische Prüfung dieser und weiterer Daten zur Beurteilung der praemorbiden Persönlichkeit ergab, daß die unterschiedliche Umgebung der kindlichen Entwicklung die beiden Gruppen auf einem statistische auffälligen Niveau trennt. Die unterschiedliche Verteilung der beruflichen Stellung in den beiden Gruppen führte zu einem, vom statistischen Standpunkt her gesehen, noch beachtenswerten Niveau ($p=0,1614$). Das gleiche gilt für die unterschiedlichen Wohnverhältnisse und den Zivilstand: In der schizophrenen Gruppe waren viermal, in der schizoaffektiven Gruppe kein einziges Mal die Wohnverhältnisse als ungenügend bezeichnet worden. Von den 18 schizoaffektiven Patienten waren 6, von den 19 schizophrenen nur ein einziger verheiratet, wobei letzteres im Vergleich zur Gesamtbevölkerung sicher als auffällig zu bezeichnen ist.

So zeigt die Prüfung der einzelnen Merkmale zur Beurteilung der praemorbiden Persönlichkeit, daß sich erstens die beiden Gruppen in einigen Punkten durchaus statistisch auffällig unterscheiden, und zwar zu ungunsten der schizophrenen Patienten und zweitens, daß die schizoaffektiven Patienten insgesamt gesehen eine normale bis gute berufliche und soziale Anpassung zeigen.

Kasanins (1933) eingangs zitierte Beobachtungen werden also durch die vorliegende Untersuchung bestätigt. Ähnliches hatten Welner und Strömgren (1958) beschrieben, während Post (1971) als einziger ja im Gegenteil unter seinen Patienten mehr abnorme praepsychotische Persönlichkeiten mit niedrigem Sozialstatus beobachtet hatte.

5.5. Krankheitsverlauf

Die statistische Prüfung der Daten zur Verlaufsbeurteilung ergab lediglich bei der Dauer der Arbeitsunfähigkeit ein vom statistischen Standpunkt aus noch diskutierbares Niveau, was die Trennung der beiden Gruppen angeht.

Die Betrachtung der tabellarischen Übersicht aber zeigt doch unübersehbare Tendenzen: Man ersieht, daß die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer der schizoaffektiven Patienten im Zeitraum 71/72-76 knapp ein Jahr, die der schizophrenen Patienten hingegen im selben Zeitraum zwei Jahre und zwei Monate betrug. Dementsprechend ist auch die berufliche Entwicklung bei den schizophrenen Patienten bedeutend schlechter als in der Gruppe der schizoaffektiven Patienten, und die Häufigkeit der psychischen und sozialen Störungen wie Verwahrlosung etc. verringert sich im Krankheitsverlauf zwar insgesamt in beiden Gruppen, bleibt bei den schizophrenen Patienten aber doch in bedeutend mehr Fällen bestehen (10 schizophrene zu 2 schizoaffektiven). Auffällig ist zudem folgendes: Die durchschnittliche Anzahl der bisherigen Hospitalisierungen war schon zum Zeitpunkt der Diagnosestellung 71/72 mit durchschnittlich 3,0 bei den schizoaffektiven Patienten erhöht gegenüber 2,6 bei den schizophrenen Patienten. Auch im Krankheitsverlauf von 71/72-76 nun wurden die schizoaffektiven Patienten mit 2,2 Hospitalisierungen pro Patient deutlich öfter stationär aufgenommen als die schizophrenen Patienten mit 1,6 Hospitalisierungen pro Patient. Die Dauer von starken Beschwerden mit Krankheitswert hingegen wird bei den schizophrenen Patienten mit im Durchschnitt 2,3 Jahren als länger angegeben als bei den schizoaffektiven Patienten

mit 1,8 Jahren.

Diese Verhältnisse weisen in Richtung der Beobachtungen auch anderer Autoren, die häufige, aber kurze und fulminante episodische Verläufe bei ihren Patienten beschrieben (Welner et al., 1958; Dempsey, 1975; Misuda, 1969). Schon Kasanin (1933) hatte für die schizoaffektiven Phasen eine kürzere Dauer als für die Phasen der beiden anderen endogenen Psychosen angegeben. Hier ist sicher aber ein Punkt, an dem nochmals zu bedenken ist, daß die katamnestisch von uns erfaßten schizophrenen Patienten sicherlich selektiert sind in Richtung der leichteren, teilweise remittierenden und episodischen Verläufe mit allerdings zweifelsfrei schizophrener Symptomatik, wie wir bald sehen werden, deren Anteil an der Gesamtheit der schizophrenen Patienten von M. Bleuler 1972 mit ca 30% angegeben wurde. Umso beachtenswerter ist daher die dennoch zu beobachtende Tendenz zu häufigeren, aber kurzen Phasen bei den von uns untersuchten schizoaffektiven Patienten.

5.6. Sozialer Befund zum Zeitpunkt der Katamnese

Schon bei der Betrachtung aller tabellarisch aufgeführten Merkmale zur Beurteilung der sozialen Verhältnisse der Patienten zum Zeitpunkt der Untersuchung ergibt sich für die schizoaffektiven Patienten ein weitaus günstigeres Bild als für die Gruppe der schizophrenen Patienten: Annähernd doppelt so viele schizophrene wie schizoaffektive Patienten zeigen Störungen der sozialen Einordnung, das Durchschnittseinkommen der schizoaffektiven Patienten

liegt um gut 50% über dem der schizophrenen Patienten und die soziale Abhängigkeit der schizophrenen Patienten ist eindeutig größer gegenüber der der Patienten der schizoaffektiven Gruppe.

Dieser Eindruck wird durch die statische Prüfung der genannten und weiterer diesbezüglicher Merkmale, vor allem der sozialen Verhaltensskala von Katz und Lyerly bestätigt.

Das Merkmal "soziale Autonomie" trennt die beiden Gruppen auf einem signifikanten Niveau. Eine negative soziale Entwicklung der schizophrenen Patientengruppe gegenüber dem Status in den Jahren 71/72 wird bei der Auswertung der Items "Zivilstand" ($p=0,0993$ gegenüber $p=0,1401$ in den Jahren 71/72) und "Wohnverhältnisse" ($p=0,0726$ gegenüber $p=0,1015$ in den Jahren 71/72) sichtbar, die nun die beiden Gruppen auf einem statistisch auffälligen Niveau trennen.

Der Mann-Whitney-Test über die Summe der Items von sozial erwartetem Verhalten ist auf dem 2%-Niveau signifikant, was ihre regelmäßige Erfüllung angeht; ein beachtliches Ergebnis. Dabei waren bei der gesonderten Betrachtung der einzelnen Items die Merkmale "Helfe bei Familieneinkäufen" und "Arbeite" (vgl. soziale Autonomie) signifikant und die Merkmale "Unterhalte die Familie", "Nehme an der Finanzplanung der Familie teil" und "Besuche Freunde" statistisch auffällig geworden. Ebenso zeigte die Auswertung der Merkmal Freizeitgestaltung diskussionswürdige Ergebnisse: Der Mann-Whitney-Test über die Summe der Items ergab eine signifikante Trennung der beiden Gruppen, was die Vielgestaltigkeit der Freizeitaktivitäten betrifft, immer zugunsten der schizoaffek-

tiven Patienten.

Die Beurteilung des sozialen Schadens als Folge der psychotischen Erkrankung zeigte eine schwere Beeinträchtigung bei 10 schizophrenen, gegenüber 3 schizoaffektiven Patienten. Auch die statistische Betrachtung dieses Items deutet auf eine diesbezügliche Trennung der beiden Gruppen hin.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen also erstens nach einem fünfjährigen Krankheitsverlauf insgesamt eine bessere soziale Anpassung der schizoaffektiven Patienten und bestätigten damit die Beobachtungen u.a. von Polozker (1960), Welner und Strömgren (1958) und vor allem Kasanin (1933). Zweitens muß die soziale Anpassung auch als Indikator für eine weitgehende Remission, und zwar ohne auffällige Defekte, gewertet werden, so daß man gleichzeitig sagen kann, daß die schizoaffektiven Patienten insgesamt gesehen, trotz der schon erwähnten Selektion der schizophrenen Patienten, eine vollständigere Remission zeigten.

5.7. Psychopathologie zum Zeitpunkt der Katamnese

Obwohl die gesonderte Betrachtung jedes einzelnen der 140 Items des Present State Examination aus den angeführten Gründen nur bedingt Rückschlüsse zuläßt, ist die hohe Signifikanz der Merkmale "Einschlafstörungen" und "Frühzeitiges morgendliches Aufwachen" als allgemeine Parameter für psychisches Wohlbefinden zweifellos ein erster Hinweis. Beide Störungen kamen in schwerer Form insgesamt bei 12 der schizophrenen und bei nur einem der

schizoaffektiven Patienten zur Beobachtung. Die Signifikanz bzw. statistische Auffälligkeit der 6 anderen - ausnahmslos paranoiden - Symptome weist schon auf das Ergebnis der genauen statistischen Auswertung der 31 Syndrome.

Fünf von diesen 31 Syndromen trennen die beiden Gruppen auf einem größtenteils hochsignifikanten Niveau:"Schizophrenes Kernsyndrom"(p=0,0164),"Residualsyndrom"(p=0,0193), "Depressive Wahninhalte und Halluzinationen" (p=0,0167), "Akustische Halluzinationen" (p=0,0393) und"Unspezifische Psychose" (p=0,0167).

Damit werden die beiden Gruppen durch drei der fünf von Wing (1970) der diagnostischen Kategorie "Schizophrenie" zugeordneten Syndrome hochsignifikant getrennt, von welchen der Autor zwei schon für sich allein als pathognomisch für die Schizophrenie erachtet: Schizophrenes Kernsyndrom und Akustische Halluzinationen (auch für Kraepelin waren akustische Halluzinationen ein für die Diagnose Schizophrenie entscheidendes Symptom). Das Syndrom "Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen" weist nach Wing (1970) auf die diagnostische Kategorie Depression hin. Hier ist natürlich zu bedenken, daß die paranoide Symptomatik erstens gleichzeitig auf den schizophrenen Formenkreis hindeutet und daß zweitens, wie heute allgemein bekannt, schizophrene Bilder unter anhaltender Neuroleptikamedikation häufig eine Pathomorphose in Richtung depressiver Residualzustände erfahren (Hippius et al.). Das Syndrom "Unspezifische Psychose" spiegelt, wie der Name sagt, zunächst einen psychotischen Zustand, wobei die diagnostische Zuordnung noch nicht klar ist. Oben wurden im einzelnen die Symptome aufgeführt, aus denen die signifikanten Syndrome gebildet worden waren. Es handelt sich dabei durchweg um schizophrene Symptome nach

der Definition von E. Bleuler, und zwar sowohl um Grundsymptome wie Zerfahrenheit des Denkens und subjektives Erleben der Depersonalisation als auch um akzessorische Symptome wie Sinnestäuschungen, Wahnideen, Illusionen und Halluzinationen.

Dieses annähernd geschlossene Bild schizophrener Symptomatik und zwar nur dieser wird durch die Prüfung der fünf signifikanten Syndrome auf Unabhängigkeit voneinander überzeugend bestätigt. Nach Betrachtung der zehn dreidimensionalen Kontingenztafeln mußte die Hypothese von der Unabhängigkeit der fünf Syndrome voneinander auf einem hochsignifikanten Niveau zurückgewiesen werden. Dieses hohe Maß von Abhängigkeit der fünf betrachteten Syndrome voneinander berechtigt dazu, bei den hier untersuchten Patienten nicht mehr von einzelnen Syndromen, sondern durchaus von einer ausgeprägten schizophrenen Symptomatik zu sprechen.

Diese schizophrene Symptomatik trennt zudem, wie oben ausgeführt wurde, die Gruppe der 1971/72 als schizophren diagnostizierten Patienten signifikant von den zum selben Zeitpunkt als schizoaffektiv diagnostizierten Patienten.

Die Profile geben abschließend einen Überblick über den psychopathologischen Status der beiden Patientengruppen zur Zeit der Nachuntersuchung.

Ins Auge fällt das insgesamt höhere Niveau des schizophrenen Profils, während das der schizoaffektiven Patientengruppe sich meistenteils um die Nullinie bewegt. Gipfel des letzteren sind depressive oder unspezifische Syndrome und in einem Fall paranoide Vorstellungen

Auch hier aber ist die Ausprägung insgesamt stets schwächer als in der schizophrenen Gruppe.

Zusammenfassend kann man also folgendes über die Psychopathologie der beiden Patientengruppen sagen: Erstens zeigen nach einem Verlauf von rund 5 Jahren signifikant mehr schizophrene als schizoaffektive Patienten psychotische Symptome, zweitens rechtfertigen die an den 1971/72 als schizophren diagnostizierten Patienten im Jahre 1976 beobachteten Symptome wiederum die Diagnose Schizophrenie, während drittens die 1976 an den im Jahr 1971 bzw. 1972 als schizoaffektiv diagnostizierten Patienten beobachteten Symptome vor allem depressiver, unspezifischer und in geringer Ausprägung wahnhafter Natur waren.

Wenn auch das Symptombild von 1976 keine verbindlichen Rückschlüsse auf dasjenige zum Zeitpunkt der Diagnosestellung 1971/72 erlaubt, so liefert doch die statistische Auswertung des psychopathologischen Befundes zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung einen Beitrag zu der wichtigen Frage der Remission: Die schizoaffektiven Patienten zeigten in einem signifikant höheren Maße eine Heilung ohne auffälligen Defekt.

Damit wird durch die vorliegende Arbeit die Beobachtung der meisten Autoren, die sich mit der schizoaffektiven Psychose befaßt haben, bestätigt. Es waren vor allem Kasanin (1933), Langfeldt (1939), Welner und Strömgren (1958), Kaij (1967), Clayton (1968), Dempsey (1975) und Mitsuda (1965), die die auffallend gute Prognose der schizoaffektiven Psychose betonten, während als einziger Post (1971) an seinen Patienten einen ungünstigen Verlauf beobachtete. Post stützte sich dabei allerdings auf Untersuchungen an schizoaffektiven Patienten speziell

in fortgeschrittenen Alter, deren Beschreibung teilweise erheblich von der schizoaffektiver Patienten durch andere Autoren abweicht.

Mitsudas Ausführungen hingegen, daß die schizoaffektiven Psychosen eine sehr gute Prognose hätten, man aber nicht in allen Fällen eine Heilung ohne jeden Defekt erwarten könne, werden demgegenüber durch die vorliegende Arbeit voll und ganz bestätigt.

5.8. Schlußfolgerung

Die Ergebnisse der vorliegenden Katamnese berechtigen zu der Annahme, daß es sich bei der schizoaffektiven Psychose um ein gegenüber der Schizophrenie abzugrenzendes Krankheitsbild handelt.

Diese Annahme wird gestützt durch die weitgehende Übereinstimmung der vorliegenden Ergebnisse mit den Beobachtungen von u.a. Kasanin (1933), Welner (1958), Strömgren (1958) und Mitsuda (1965).

Die weitgehende und durchaus unerwartete Eindeutigkeit dieses Ergebnisses darf aber nicht darüber hinwegtäuschen, daß man sich bei dem Versuch, menschliches Leiden mit wissenschaftlichen Methoden zu quantifizieren und zu spezifizieren stets auf schwankendem Boden befindet.

E. Bleuler schreibt in diesem Sinne: "... gute, wirklich genau zutreffenden Definitionen für richtig abgeleitete realistische Begriffe gibt es, wenn überhaupt, nur wenige; die Definition ... einer Krankheit muß immer

ungenügend sein; jeder der Realität entsprechende Begriff ist eben aus vielen, manchmal unzähligen Erfahrungen abgeleitet, die nicht in wenigen Worten angedeutet und noch weniger in ihren gemeinsamen und ihren verschiedenen Bestandteilen in ein paar Sätzen zu umschreiben sind."

6. Zusammenfassung

Die Untersuchung geht der Frage nach der Berechtigung einer nosologischen Abgrenzung der schizoaffektiven Psychose gegenüber der Schizophrenie nach.

Ein Überblick über die Literatur der schizoaffektiven Psychose bzw. der atypischen endogenen Psychosen unter besonderer Berücksichtigung der amerikanischen, skandinavischen und japanischen Autoren seit Kasanin (1933) ist vorangestellt.

Von achtzehn in den Jahren 1971/72 in der Münchner Universitätsklinik als schizoaffektiv diagnostizierten Patienten wird nach vier- bis fünfjährigem Verlauf eine ausführliche Katamnese erhoben.

Dabei bedient sich der Untersucher sowohl der Technik des freien als auch eines halb- sowie völlig standardisierten Interviews. Wichtige anamnestische Daten wurden zuvor der von der Universitätsklinik München geführten jeweiligen Krankengeschichte entnommen

Die erhobenen Daten zur sozialen und psychiatrischen Anamnese zum Zeitpunkt der Diagnosestellung 1971/72, zur Verlaufsentwicklung von 1971/72-1976 und zum sozialen und psychopathologischen Befund zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung 1976 werden in Hinblick auf Häufigkeit und Verteilung in den beiden untersuchten Gruppen folgendermaßen ausgewertet:

1. Durch tabellarische Darstellung,
2. durch statistische Auswertung mit Hilfe des χ^2-Testes, des Mann-Whitney-Testes sowie 10 dreidimensionaler Kontingenztafeln,
3. durch grafische Darstellung.

Die Auswertung der erhobenen Daten führt zu folgenden Ergebnissen.

1. An einer schizoaffektiven Psychose erkranken vor allem relativ junge Menschen zwischen 20-40 Jahren.
2. Frauen sind häufiger betroffen als Männer.
3. Im ganzen gesehen weisen die schizoaffektiven Patienten eine stärkere hereditäre Belastung auf als die schizophrenen Patienten.
   Die Art und Verteilung der hereditären Belastung in den beiden Gruppen weist auf die Annahme eines selbständigen Genotypus für die schizoaffektive Psychose hin.
4. Die schizoaffektiven Patienten zeigten praemorbide überwiegend eine normale bis gute soziale und berufliche Anpassung.
5. Die Verlaufsbeobachtungen weisen auf eine Tendenz zu häufigeren, aber kürzeren psychotischen Phasen der schizoaffektiven Psychose gegenüber der Schizophrenie.
6. Nach einem vier- bis fünfjährigen Krankheitsverlauf zeigten die schizoaffektiven gegenüber den schizophrenen Patienten eine signifikant bessere soziale und berufliche Anpassung. Desgleichen zeigten die schizoaffektiven gegenüber den schizophrenen Patienten signifikant mehr Remissionen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit legen somit eine nosologische Abgrenzung der schizoaffektiven Psychose gegenüber der Schizophrenie nahe.

A N H A N G

1. Tabellenwerk

Häufigkeit und Verteilung einzelner Merkmale in den beiden Vergleichsgruppen.
Schizophrene Patienten: N=19
Schizoaffektive Patienten: N=18

1.1. Zustand und Verlauf bis 1971/72

Tabelle 1. Häufigkeit der unterschiedlichen psychiatrischen Diagnosen bei den Patienten der beiden untersuchten Gruppen
(Skala: Eigener Fragebogen)

	Schizophrene Patienten									Schizoaffektive Patienten								
Anzahl	1	2	3	4	5	6	7	8	Σ	1	2	3	4	5	6	7	8	Σ
Schizophrenie	3	3	2	2	2	5	1	1	19	6	3	0	2	0	0	0	0	11
Schizoaffektive Psychose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	7	5	0	0	0	0	0	18
Cyclothymie	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	2	0	0	0	2	0	8
andere psych. Diagnose	3	3	0	0	1	0	0	0	7	5	3	1	1	2	0	0	0	12

Tabelle 2. Psychische Erkrankungen und Auffälligkeiten in der Familie (Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten		Schizoaffektive Patienten	
	Verwandte 1. Grades	fernere Verwandte	Verwandte 1. Grades	fernere Verwandte
gleicher Art	2	2	5	3
anderer Art	0	0	3	2
Art nicht bestimmbar	5	4	5	6
keine	4	1	0	0
unbekannt	8	12	8	10

Tabelle 3. Störungen der Familiensituation in der Kindheit (Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
schwer	6	6
mittel	6	4
leicht	3	3
keine	0	1
unbekannt	4	4

Tabelle 4. Entwicklung in konstanter bzw. wechselnder Umgebung
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
konstante Umgebung	7	11
wechselnde Umgebung	12	7

Tabelle 5. Schulbildung
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
höhere	6	6
mittlere	1	3
einfache	12	9
abgeschlossen	14	16
abgebrochen	5	2

Tabelle 6. Berufsbildung
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
Hochschule	3	2
Fachschule	7	7
Lehre	7	9
keine	2	0
abgeschlossen	13	16
abgebrochen	6	2

Tabelle 7. Berufliche Stellung
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
gehobene	0	2
mittlere	6	9
unter-geordnet	5	5
arbeitslos	4	1
Rente	4	1

Tabelle 8. Störung der sozialen Einordnung 1971/72
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
Arbeitsplatz	16	14
Öffentlichkeit	17	16
Wohngemeinschaft	16	15

Tabelle 9. Besondere psychische und soziale Störungen, insbesondere Verwahrlosung, Promiskuität, Kriminalität, Alkoholismus, Medikamentenabusus, andere Störung 1971/72
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
mehrere Störungen	2	2
eine Störung	12	3
keine Störung	5	8
unbekannt	0	5

Tabelle 10. Anzahl der Hospitalisierungen bis 1971/72
(Skala: AMP)

Anzahl	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0	4	6
1	3	2
2	4	2
3	3	2
4	2	1
5	0	1
6	1	1
7	1	1
8	0	1
9	1	0
10	0	0
11	0	0
12	0	1
$\bar{x}$	2,63	2,98

Tabelle 11. Suizidversuche bis 1971/72
(Skala: AMP)

Anzahl	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0	14	15
1	3	0
2	1	3
3	0	0
4	1	0

1.2. Verlauf 1971/72-76

Tabelle 12. Berufliche Entwicklung 1971/72 - 1976
(Skala: Eigener Fragebogen)

Entwicklungs-verlauf	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
konstant	11	14
Abstieg	8	3
Aufstieg	1	1

Tabelle 13. Dauer der Arbeitsunfähigkeit, von Klinikaufenthalten abgesehen, 1971/72 - 1976
(Skala: Eigener Fragebogen)

Dauer	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0 Jahre	7	7
≤ 0,5 Jahre	2	4
0,5-1 Jahre	0	3
1 -1,5 Jahre	0	0
1,5-2 Jahre	0	1
2 -2,5 Jahre	0	0
2,5-3 Jahre	2	1
3 -3,5 Jahre	2	1
3,5-4 Jahre	1	1
4 -4,5 Jahre	2	0
ständig	3	0
$\bar{x}$ (Jahre)	2,21	0,97

Tabelle 14. Entwicklung der sozialen Störung 1971/72 - 1976
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten		Schizoaffektive Patienten	
	positiv	negativ	positiv	negativ
Arbeitsplatz	7	0	9	0
Öffentlichkeit	9	0	12	0
Wohngemeinschaft	10	2	11	0

Tabelle 15. Besondere psychische und soziale Störungen, insbesondere Verwahrlosung, Promiskuität, Kriminalität, Alkoholismus, Medikamentenabusus, andere Störung im Zeitraum 1971/72 - 1976
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
mehrere Störungen	1	0
eine Störung	9	2
keine Störung	7	8
unbekannt	2	8

Tabelle 16. Dauer der Beschwerden mit Krankheitsgefühl in den Jahren 1971/72 - 1976 (Skala: Eigener Fragebogen)

Dauer	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0 Jahre	3	2
≦ 0,5 Jahre	5	6
0,5-1 Jahre	0	4
1 -1,5 Jahre	3	0
1,5-2 Jahre	0	0
2 -2,5 Jahre	0	1
2,5-3 Jahre	0	1
3 -3,5 Jahre	1	0
3,5-4 Jahre	2	0
ständig	5	4
$\bar{x}$ (Jahre)	2,3	1,8

Tabelle 17. Hausärztliche bzw. nervenärztliche Betreuung in den Jahren 1971/72 - 1976 (Skala: Eigener Fragebogen)

Dauer	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
keine	3	0
zeitweise	4	4
ständig	12	14

Tabelle 18. Dauer der Neuroleptikaeinnahme in den Jahren 1971/72 - 1976
(Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
keine	3	0
zeitweise	5	7
ständig	11	11

Tabelle 19. Anzahl der Hospitalisierungen in den Jahren 1971/72 - 1976
(Skala: AMP)

Anzahl	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0	4	3
1	5	5
2	5	4
3	4	2
4	1	2
5	0	1
6	0	0
7	0	0
8	0	1
$\bar{x}$	1,6	2,2

1.3. Status 1976

Tabelle 20. Störung der sozialen Einordnung 1976 (Skala: AMP)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
Arbeitsplatz	9	5
Öffentlichkeit	8	4
Wohngemeinschaft	8	4

Tabelle 21. Soziale Autnonomie bzw. Abhängigkeit (Fürsorge oder vorzeitige Rente) 1976 (Skala: Eigener Fragebogen)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
autonom	9	15
abhängig	10	3

Tabelle 22. Höhe des letzten Nettoeinkommens (Rente, Fürsorge, eigener Verdienst, Vermögen u.ä.) 1976
(Skala: Eigener Fragebogen)

	Schizophrene Patienten	Schizoaffektive Patienten
0 DM	2	0
≦ 500 DM	4	2
500-1.000 DM	7	4
1.000-1.500 DM	4	6
1.500-2.000 DM	2	2
2.000-2.500 DM	0	3
2.500-3.000 DM	0	1
$\bar{x}$ (DM)	1.000	1.580

2. Statistische Auswertung

Prüfung der Vergleichsgruppen auf Unabhängigkeit

2.1. Zustand und Verlauf bis 1971/72

Skala: AMP
Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit(=p)
1	Zivilstand	ledig verheiratet geschieden verwitwet	5,474	3	p>0,1
2	Störung der Familiensituation in der Kindheit	fraglich leicht mittel schwer	2,086	4	p>0,1
3	Umgebung der kindlichen Entwicklung	konstant wechselnd	3,291	1	p<0,1
4	Schulbildung	Sonderschule Volksschule Mittelschule Oberschule	2,027	3	p>0,1
5		Schule abgeschlossen Schule abgebrochen in Ausbildung	0,672	1	p>0,1

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
6	Berufsausbildung	keine Lehre Fachschule Hochschule	2,994	3	p>0,1
7	Berufsausbildung	abgeschlossen abgebrochen in Ausbildung	4,214	3	p>0,1
8	berufliche Stellung	untergeordnete mittlere gehobene	5,102	3	p>0,1
9		im Arbeitsprozeß im Ruhestand vorzeitiger Ruhestand arbeitslos	5,903	4	p>0,1
10	bisherige Hospitalisierungen		4,800	9	p>0,1
11	Störung der sozialen Einordnung	am Arbeitsplatz	1,408	1	p>0,1
12		in der Öffentlichkeit	0,021	1	p>0,1
13		in der Wohngemeinschaft	0,755	1	p>0,1
14	bisherige Suizidversuche		5,011	3	p>0,1
15	Wohnverhältnisse	gut genügend ungenügend	4,576	2	p=0,1

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
16	Schizophrenie bei Verwandten 1. Grades		0,974	2	$p>0,1$
17	Schizoaffektive Psychose bei Verwandten 1. Grades		4,734	1	$p<0,05$
18	andere psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades		6,102	1	$p<0,05$
19	nicht bestimmbare psychiatrische Erkrankungen bei Verwandten 1. Grades		1,117	1	$p>0,1$
20	Schizophrenie bei ferneren Verwandten		2,003	1	$p>0,1$
21	Schizoaffektive Psychose bei ferneren Verwandten		3,446	1	$p<0,1$
22	andere psychiatrische Erkrankungen bei ferneren Verwandten		3,446	2	$p>0,1$
23	nicht bestimmbare psychiatrische Erkrankungen bei ferneren Verwandten		0,227	1	$p>0,1$

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
24	Verwahrlosung		0,002	1	p>0,1
25	Promiskuität		0,173	1	p>0,1
26	Kriminalität		0,003	1	p>0,1
27	Alkoholismus		0,672	1	p>0,1
28	Sedativa-abusus		2,003	1	p>0,1
29	Stimulantien-abusus		0,974	1	p>0,1
30	anderer Abusus		0,000	0	p>0,1
31	andere psychische oder soziale Störungen		1,004	1	p>0,1

2.2. Verlauf 1971/72-76

Skala: Eigener Fragebogen
Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
32	Entwicklung der beruflichen Situation	konstant positiv Aufstieg konstant negativ Abstieg	2,208	3	p>0,1

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
33	Dauer der Arbeitsunfähigkeit	keine ≤0,5 Jahre 0,5-1 Jahre 1 -1,5 Jahre 1,5-2 Jahre 2 -2,5 Jahre 2,5-3 Jahre 3 -3,5 Jahre 3,5-4 Jahre ständig	10,373	8	p>0,1
34	Hospitalisierungen	Anzahl	3,520	6	p>0,1
35	Suizidversuche		0,173	1	p>0,1
36	Ärztliche Betreuung	keine ≤1 Jahre 1 -2 Jahre 2 -3 Jahre 3 -4 Jahre ständig	3,341	4	p>0,1
37	Einnahme von Neuroleptika	keine ≤1 Jahre 1 -2 Jahre 2 -3 Jahre 3 -4 Jahre ständig	6,177	5	p>0,1
38	Beschwerden mit Krankheitsgefühl	keine ≤1 Jahre 1 -2 Jahre 2 -3 Jahre 3 -4 Jahre ständig	5,309	5	p>0,1

2.3. Status 1976

Skalen: AMP, eigener Fragebogen
Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
39	Zivilstand	ledig verheiratet geschieden verwitwet	6,267	3	$p<0,1$
40	Wohnverhältnisse	gut genügend ungenügend	6,978	3	$p<0,1$
41	Verwahrlosung		0,002	1	$p>0,1$
42	Promiskuität		0,002	1	$p>0,1$
43	Kriminalität		0,000	1	$p>0,1$
44	Alkoholismus		0,002	1	$p>0,1$
45	Sedativaabusus		0,974	1	$p>0,1$
46	Stimulantienabusus		0,000	1	$p>0,1$
47	anderer Abusus		0,974	1	$p>0,1$
48	andere psychische oder soziale Störung		0,974	1	$p>0,1$

Nr.	Merkmal	Ausprägung	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
49	Störung der sozialen Einordnung am Arbeitsplatz		1,663	1	$p > 0,1$
50	in der Öffentlichkeit		1,004	1	$p > 0,1$
51	in der Wohngemeinschaft		0,672	1	$p > 0,1$
52	soziale Autonomie	eigene Arbeit Hausfrau Verwandte Rente vorzeitige Rente Fürsorge	10,707	5	$p < 0,1$
53	letztes Einkommen	keines ≦500 DM 500-1.000 DM 1.000-1.500 DM 1.500-2.000 DM 2.000-2.500 DM 2.500-3.000 DM	5,844	6	$p > 0,1$
54	bisher in psychiatrischen Kliniken verbrachte Zeit	≦ 1 Jahre 1 - 2 Jahre 2 - 3 Jahre 3 - 4 Jahre 4 - 5 Jahre 5 - 6 Jahre 6 - 7 Jahre 7 - 8 Jahre	4,595	4	$p > 0,1$

Skala: Soziale Verhaltensskala von Katz und Lyerly
Betrachtete Item: Sozial erwartetes Verhalten
Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Merkmal	χ^2-Wert	Freiheits-grade	Fehler-wahrschein-lichkeit
55	Helfe im Haushalt	5,496	3	$p>0,1$
56	Besuche Freunde	6,397	3	$p<0,1$
57	Besuche Verwandte	3,439	3	$p>0,1$
58	Sehe Freunde bei mir zu Hause	1,022	3	$p>0,1$
59	Ziehe mich an und pflege mich	2,100	2	$p>0,1$
60	Nehme an der Finanz-planung der Familie teil	6,128	3	$p=0,1$
61	Denke zur richtigen Zeit daran, wichtige Dinge zu tun	1,474	2	$p>0,1$
62	Verstehe mich gut mit anderen Mitgliedern der Familie	2,775	3	$p>0,1$
63	Nehme an Einladungen und anderen sozialen Akti-vitäten teil	4,977	3	$p>0,1$
64	Komme gut mit den Nach-barn aus	4,214	3	$p>0,1$
65	Helfe bei Familien-einkäufen	4,480	3	$p<0,1$

Nr.	Merkmal	χ^2-Wert	Freiheits-grade	Fehler-wahrschein-lichkeit
66	Helfe bei der Versor-gung und Erziehung der Kinder	4,881	3	$p>0,1$
67	Gehe in die Kirche	0,238	3	$p>0,1$
68	Habe Hobbies	3,079	3	$p>0,1$
69	Arbeite	9,424	3	$p<0,05$
70	Unterhalte die Familie	6,091	3	$p=0,1$

Skala: Soziale Verhaltnesskala von Katz und Lyerly
Betrachtete Item: Sozial erwartetes Verhalten (Summe)
Testverfahren: Mann-Whitney-Test über die Summe der Scores

Bezeichnung der Scores	"nie"	"manchmal"	"immer"	"trifft nicht zu"
Summe der Gruppe schizophrener Pp.	56	78	102	68
Summe der Gruppe schizoaffektiver Pp.	26	79	152	31
Rangsumme der Grup-pe schizophrener Pp.	413	352	264	413,5
Rangsumme der Grup-pe schizoaffekti-ver Pp.	290	351	439	289,5
Anzahl der Bin-dungen	5	7	9	6
U-Wert (Prüfgröße)	119	162	74	118,5
Kritischer U-Wert 5%	106	106	106	106
Kritischer U-Wert 2%	94	94	94	94

Skala: Soziale Verhaltensskala von Katz und Lyerly

Betrachtete Item: Differenzen zwischen erwartetem und erbrachtem Verhalten

Testverfahren: χ^2-Test

Differenz	Merkmal	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit(=
71-55	Helfe im Haushalt	6,077	3	p=0,1
72-56	Besuche Freunde	2,793	2	p>0,1
73-57	Besuche Verwandte	3,093	3	p>0,1
74-58	Sehe Freunde bei mir zu Hause	4,176	2	p>0,1
75-59	Ziehe mich an und pflege mich	1,414	2	p>0,1
76-60	Nehme an der Finanzplanung der Familie teil	1,338	2	p>0,1
77-61	Denke zur richtigen Zeit daran, wichtige Dinge zu tun	0,410	1	p>0,1
78-62	Verstehe mich gut mit den anderen Mitgliedern der Familie	0,034	1	p>0,1
79-63	Nehme an Einladungen und anderen sozialen Aktivitäten teil	3,976	3	p>0,1
80-64	Komme gut mit den Nachbarn aus	4,249	1	p<0,05
81-65	Helfe bei Familieneinkäufen	1,908	2	p>0,1
82-66	Helfe bei der Versorgung und Erziehung der Kinder	1,340	3	p>0,1
83-67	Gehe in die Kirche	9,480	3	p<0,05
84-68	Habe Hobbies	1,156	2	p>0,1
85-69	Arbeite	2,009	2	p>0,1
86-70	Unterhalte die Familie	2,117	3	p>0,1
Σ	aller Differenzen	2,800	9	p>0,1

Skala: Verhaltensskala von Katz und Lyerly

Betrachtete Item: Freizeitverhalten

Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Merkmal	χ^2-Test	Freiheits-grade	Fehler-wahrschein-lichkeit
87	Arbeite im und am Haus	4,691	3	$p > 0,1$
88	Arbeite im Garten oder Hof	4,340	3	$p > 0,1$
89	Beschäftige mich mit einem Hobby	2,610	3	$p > 0,1$
90	Höre Radio	1,482	3	$p > 0,1$
91	Sehe fern	3,186	3	$p > 0,1$
92	Schreibe Briefe	13,389	3	$p < 0,05$
93	Gehe ins Kino	0,248	2	$p > 0,1$
94	Besuche Vorträge, Theater	1,726	3	$p > 0,1$
95	Bin Klub- oder Vereinsmitglied	4,977	3	$p > 0,1$
96	Mache Einkäufe	6,279	3	$p < 0,1$
97	Nehme teil an Sozial- oder Kirchenarbeit	2,762	3	$p > 0,1$
98	Mache Sport	5,255	3	$p > 0,1$

Nr.	Merkmal	χ^2-Test	Freiheits-grade	Fehlerwahr-scheinlich-keit
99	Spiele Karten oder andere Gesell-schaftsspiele	0,874	3	$p > 0,1$
100	Gehe spazieren	3,565	3	$p > 0,1$
101	Besuche Freunde	8,593	3	$p < 0,05$
102	Lade Freunde ein	3,169	3	$p > 0,1$
103	Nähe, häkle oder stricke	4,625	3	$p > 0,1$
104	Lese	2,067	3	$p > 0,1$
105	Gehe in die Bibliothek	3,561	3	$p > 0,1$
106	Sitze nur und denke	1,566	3	$p > 0,1$
107	Nehme Kurse zu Hause	1,099	3	$p > 0,1$
108	Gehe zur Schule	2,247	2	$p > 0,1$

Betrachtete Item: Summe der Item zum Freizeitverhalten

Testverfahren: Mann-Whitney-Test

Bezeichnung der Scores	"häufig"	"manchmal"	"fast nie"	"trifft nicht zu"
Summe der Gruppe schizophrener Pp.	92	94	74	159
Summe der Gruppe schizoaffektiver Pp.	88	151	53	105
Rangsumme der Gruppe schizophrener Pp.	354,5	271	393,5	408,5
Rangsumme der Gruppe schizoaffektiver Pp.	348,5	432	309,5	294,5
Anzahl der Bindungen	9	11	6	6
U-Wert (Prüfgröße)	164,5	81	138,5	123,5
Kritischer U-Wert auf 2%-Niveau	94	94	94	94

Skala: Present State Examination

Betrachtete Item: Syndrome

Testverfahren: χ^2-Test

Nr.	Syndrom	χ^2-Wert	Freiheits-grade	Fehler-wahrschein-lichkeit (=p)
109	Schizophrenes Kern-Syndrom	8,225	2	$p<0,02$
110	Residual-Syndrom	5,477	1	$p<0,02$
111	Depressive Wahninhal-te und Halluzinatio-nen	8,179	2	$p<0,02$
112	Einfache Depression	2,975	2	$p>0,1$
113	Zwangsneurose	1,832	2	$p>0,1$
114	Angst (allgemein)	0,173	2	$p>0,1$
115	Angst (situations-bedingt)	0,974	2	$p>0,1$
116	Hysterie	3,093	2	$p>0,1$
117	Hypomanie	1,004	1	$p>0,1$
118	Akustische Halluzinationen	4,249	1	$p<0,05$
119	Verfolgungswahn	0,002	1	$p>0,1$
120	Beziehungswahn	4,249	2	$p>0,1$

Nr.	Syndrom	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
121	Religiöser und Größenwahn	1,004	1	$p>0,1$
122	Sexuelle und andere Wahnvorstellungen	1,617	2	$p>0,1$
123	Geruchshalluzinationen	0,000	0	$p>0,1$
124	Unspezifische Psychose	8,179	2	$p<0,02$
125	Opitsche Halluzinationen	0,000	0	$p>0,1$
126	Depersonalisation	2,003	1	$p>0,1$
127	Spezielle Formen der Depression	0,974	1	$p>0,1$
128	Beziehungsideen	0,000	0	$p>0,1$
129	Anspannung	1,899	1	$p>0,1$
130	Energieverlust	0,173	1	$p>0,1$
131	Sorgen	2,067	3	$p>0,1$
132	Reizbarkeit	0,974	1	$p>0,1$
133	Soziale Zurückgezogenheit	0,307	2	$p>0,1$
134	Nachlassen von Interessen und Konzentrationsfähigkeit	1,122	2	$p>0,1$
135	Hypochondrie	0,000	0	$p>0,1$
136	Einzelne Symptome der Depression	2,058	2	$p>0,1$
137	Organische Beeinträchtigung	2,003	1	$p>0,1$

Nr.	Syndrom	χ^2-Wert	Freiheitsgrade	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
138	Subkulturell beeinflußte Wahnvorstellungen und Halluzinationen	2,003	1	p>0,1
139	Adäquatheit des Interviews	0,000	0	p>0,1

Skala: PSE

Betrachtete Item: Signifikante Syndrome

Testverfahren: Dreidimensionale Kontingenztafeln

Tafel 1.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit (=p)
Unspezifische Psychose	Akustische Halluzinationen	4	10,16	p<0,05
Unspezifische Psychose	Gruppeneinteilung	2	4,00	p>0,1
Akustische Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	0,25	p>0,1

Tafel 2.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Residualsyndrom	Kernsyndrom	4	9,90	$p<0,05$
Residualsyndrom	Gruppeneinteilung	2	0,93	$p>0,1$
Kernsyndrom	Gruppeneinteilung	2	3,16	$p>0,1$

Tafel 3.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Kernsyndrom	4	9,41	$p=0,05$
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	1,64	$p>0,1$
Kernsyndrom	Gruppeneinteilung	2	2,41	$p>0,1$

Tafel 4.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Akustische Halluzinationen	Kernsyndrom	4	7,66	p=0,1
Akustische Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	0,66	p>0,1
Kernsyndrom	Gruppeneinteilung	2	4,04	p>0,1

Tafel 5.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Unspezifische Psychose	Kernsyndrom	4	11,59	p<0,05
Unspezifische Psychose	Gruppeneinteilung	2	3,11	p>0,1
Kernsyndrom	Gruppeneinteilung	2	2,73	p>0,1

Tafel 6.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Residualsyndrom	4	21,12	$p<0,001$
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	2,03	$p>0,1$
Residualsyndrom	Gruppeneinteilung	2	0,56	$p>0,1$

Tafel 7.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Akustische Halluzinationen	Residualsyndrom	4	12,07	$p<0,05$
Akustische Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	0,82	$p>0,1$
Residualsyndrom	Gruppeneinteilung	2	1,97	$p>0,1$

Tafel 8.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Unspezifische Psychose	Residualsyndrom	4	13,20	$p<0,05$
Unspezifische Psychose	Gruppeneinteilung	2	3,02	$p>0,1$
Residualsyndrom	Gruppeneinteilung	2	0,42	$p>0,1$

Tafel 9.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Akustische Halluzinationen	Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	4	14,18	$p<0,01$
Akustische Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	0,45	$p>0,1$
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	3,06	$p>0,1$

Tafel 10.

Merkmal 1	Merkmal 2	Freiheitsgrade	χ^2-Wert	Fehlerwahrscheinlichkeit
Unspezifische Psychose	Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	4	14,12	$p<0,01$
Unspezifische Psychose	Gruppeneinteilung	2	2,10	$p>0,1$
Depressive Wahnvorstellungen und Halluzinationen	Gruppeneinteilung	2	0,95	$p>0,1$

Literatur

Angst, J., Battegay, R., Bente, D., Berner, P., Broeren, W., Cornu, F., Dick, P., Engelmeier, M.-P., Heimann, H., Heinrich, K., Helmchen, H., Hippius, H., Pöldinger, W., Schmidlin, P., Schmitt, W., Weis, P.: Das Dokumentations-System der Arbeitsgemeinschaft für Metodik und Dokumentation in der Psychiatrie (AMP). Arzneimittel-Forsch. (Drug Res.) 19, 399-405 (1969)

--- Über das gemeinsame Vorgehen einer deutschen und schweizerischen Arbeitsgruppe auf dem Gebiet der Psychiatrischen Dokumentation. Schweiz. Arch. Neurol. Neurochir. Psychiat. 100, 207-211 (1967)

Asano, N.: Clinico-genetical study of manic-depressive psychoses. Japan. Human. Genet. 5, 224-253 (1960)

Astrup, C., Noreik, K.: Functional psychoses: Diagnostic and prognostic models. Thomas, Springfield (Ill.) 1966

Benedetti, G.: Grundzüge der Psychotherapie bei Schizophrenen. In: Therapie in der Neurologie und Psychiatrie (Hoff, H. et al.). Urban & Schwarzenberg, München, Berlin Frühjahr 1960

Berze, J.: Die primäre Insuffizienz der psychischen Aktivität. Leipzig und Wien 1914

Bumke: Über die Umgrenzung des manisch-depressiven Irreseins Zentralblatt f. Nervenheilkunde und Psychiatr. 32, 381 (1909)

Biomedical Computer Programs, Health Sciences Computing Facility Department of Biomathematics School of Medicine, University of California, Los Angeles. University of California Press 1975

Bleuler, E.: Lehrbuch der Psychiatrie. 11. Aufl. Springer, Berlin 1943-1969

Bleuler, E.: Über autistisch-undiszipliniertes Denken in der Medizin und seine Überwindung. Springer, Berlin 1962

Bleuler, M.: Die schizophrenen Geistesstörungen im Lichte langjähriger Kranken- und Familiengeschichten. Georg Thieme Verlag, Stuttgart 1972

Bochnik, H.J., Helmchen, H. Hippius, H., Knüppel, H., Kulenkampff, C., Lauter, H., Meyer, J.-E., Müller, H.W., Wieser, St., Winkler, W. Th.: Zur Brauchbarkeit der psychiatrischen Diagnosen der WHO-Diagnosen-Klassifikation. Nervenarzt 41, 42-44 (1970)

Bonhoeffer, K.: Geistes- und Nervenkrankheiten. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1922

--- Zur Frage der Klassifikation der symptomatischen Psychosen. Berl. Klin. Wschr. 45, 2257-2260 (1908)

--- Die exogenen Reaktionstypen. Arch. Psychiat. Nervenkr. 58, 58-70 (1917)

Bornstein, M.: Über die Differentialdiagnose zwischen manisch-depressivem Irresein und Dementia praecox. Z. Neurol. (orig.) 5, 145 (1911)

--- Zur Frage der kombinierten Psychosen und der pathologischen Anatomie der Landryschen Paralyse. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatr., Orig. 13, 1

Bouman: Über eigentümliche Formen familiärer Psychosen. Psychiatr. en neurol. Bladen, S. 135. Feestbundel 1918

Boven: Etudes sur les conditions du développement au sein des familles de la schizophrénie et de la folie maniaque-dépressive. Schweiz. Arch. f. Neurol. u. Psychiatr. 8, 89-116 (1921)

Büssow, H.: Über paranoid-halluzinatorische Psychosen bei perniziöser Anämie. Nervenarzt 13, 49 (1940)

Campbell,CM: Two cases illustrating the combination of affective and schizophrenic symptoms. Am J Psychiatry 6, 243-257 (1926)

Clayton, P.J., Rodin, L., Winokur, G.: Family history studies, III Schizoaffective disorder, clinical and genetic factors including a one to two-year follow-up. Comp. Psychiatry 9, 31-49 (1968)

Cobb, S.: One Hundred Years of Progress in Neurology, Psychiatry and Neurosurgery. Arch. of Neur. 59, 63-98 (1948)

---Appraisal and Perspective of the Functional Exploration of the Nervous System Handbook of Electroencephalography and Clinical Neurophysiologic (Hrsg.: Révroud, A.). Elsevier, Amsterdam 1971

Conrad, K.: Die beginnende Schizophrenie. Versuch einer Gestaltanalyse des Wahns. Thieme, Stuttgart 1958

Cranach, M.v., Hippius, H., Wegscheider: A Factor-Analytic Study of Depressive Symptomatology. Paper presented at the 13th Symposium Medicum Hoechst "Depressive Disorders". Rome, May 1977

Dempsey, G.M.: Treatment of schizo-affective disorder. Compr. Psychiatry 16 (1), 55-59 (Jan./Febr. 1975)

Elsässer, G.: Über "atypische" endogene Psychosen. Nervenarzt 21, 194 (1950)

Ey, H.: Manuel de Psychiatrie. Masson et Cie Editeurs, Paris 1960

--- Esquisse d'une conception organo-dynamique de la structure de la nosographie et de l'étiopathogénie des maladies mentales. In: Psychiatrie der Gegenwart, Bd. I/2 (Hrsg.: Gruhle, H.W., Jung, R., Mayer-Groß, W., Müller, M.). Springer, Berlin 1963

Fish, F.: Leonhard's classification of schizophrenia. J Ment Sci 104, 943 (1958)

Foergemann, P.M.: De psykogene psykoser Copenhagen 1945; revised English edition: Psychogenetic Psychoes. London 1963

Gaupp, R.: Die Frage der kombinierten Psychosen. Arch. Psychiatr. Nervenkr. 76, 73 (1926)

--- Zur Frage der kombinierten Psychosen. Zentralblatt f. Nervenheilk. 1903

--- Die Klassifikation in der Psychopathologie. Z. Neurol. 23, 292 (1915)

Gruhle, H.W.: Allgemeine Symptomatologie der Schizophrenie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Hrsg.: Bumke, O.), Bd. 9, spez. Teil V. Springer, Berlin 1932

Helmchen, H. Hippius, H.: Exogener Reaktionstyp und psychiatrische Pharmakotherapie. Dtsch. med. J. 19, 299-304 (1968)

--- Bemerkungen zur psychiatrischen Nosologie anhand unerwarteter psychischer Wirkungen bei antidepressiver Pharmakotherapie. Arzneim.-Forsch. 14, 520-523 (1964)

Herz. E.: Zur Frage der sog. Mischpsychosen. Z. Neurol. 116, 251 (1928)

Hippius, H., Selbach, H.: Zur medikamentösen Dauertherapie bei Psychosen. Med. exp. 5, 298-305 (1961)

Hoche, A.: Dementia paralytica. In: Handbuch der Psychiatrie (Hrs.: Aschaffenburg, G.). Denticke, Leipzig - Wien 1912

Huber, G.: Schizophrenie und Zyklothymie. Georg Thieme, Stuttgart 1969

Hunt,R.C., Apel, K.E.: Prognosis in the psyhoses lying midway between schizophrenia and manic-depressive psychoses. Am. J. Psychiatr. 93, 313-339 (1936)

Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin 1959

--- Nosographie und Einheitspsychose. In: Schizophrenie und Zyklothymie (Hrsg.: Huber, G.). Thieme, Stuttgart 1969

Jaspers, K. Allgemeine Psychopathologie. Ein Leitfaden für Studierende, Ärzte und Psychologen. Julius Springer, Berlin 1923

--- Gesammelte Schriften zur Psychopathologie. Springer, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1963

Kahlbaum, K.: Die Gruppierung der psychischen Krankheiten und die Eintheilung der Seelenstörungen. Danzig 1863

Kaij, L.: Atypical endogenous psychosis. Report on a family. Brit. J. Psychiat. 113, 415-422 (1967)

Kasanin, J.: The acute schizo-affective psychoses. Am. J. Psychiatry 13, 97-126 (1933-1934)

Katz, M.M., Lyerly, S.B.: Methods for Measuring Adjustment and Social Behavior in the Community. Psychological Reports 13, 503-535 (1963) (Southern Universities Press 1963, Monograph Supplement 4-V13)

Kendell, R.E., Gourlay, J.: The clinical distinction between the affective psychoses and schizophrenia. Br J Psychiatry 117, 261-266 (1970)

Kleist, K.: Fortschritte der Psychiatrie. Kramer, Frankfurt am Main 1947

Kraepelin, E.: Psychiatrie. 8. Aufl., 3.Bd., II. Teil (Dementia praecox). 1913

--- Die Erscheinungsformen des Irreseins. Z. Neur. 62, 1-29 (1920)

Kranz, H.: Erscheinungswandel im psychiatrischen Krankheitsbild. Ther. Berichte 37, 68 (1965)

Kretschmer: Der heutige Stand der psychiatrischen Konstitutionsforschung. Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Bd. 18, S. 29 ff (1927)

Labhardt, F.: Die schizophrenieähnlichen Emotionspsychosen. Ein Beitrag zur Abgrenzung schizophrenieartiger Zustandsbilder. Berlin, Göttingen, Heidelberg 1963

Lange, J.: Die endogenen und reaktiven Gemütserkrankungen und die manisch depressive Konstitution. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Hrsg.: Bumke, O.), Bd. 6, S. 170 ff. Springer, Berlin 1928

--- Katatonische Erscheinungen im Rahmen Manischer Erkrankungen. Springer, Berlin 1922

Langfeldt, G.: Atypical Schizophrenia with special reference to the content of the term "schizophreniform psychoses" in Procedings of the third World Congress of Psychiatry, pp 33-34. Toronto, University of Toronto Press, 1961

--- The Schizophreniform States. Oxford University Press, London 1939

Leonhard, K.: Aufteilung der endogenen Psychosen. 4. verb. Aufl. Akademie Verlag, Berlin 1968

Leonhard, K., Trostorff, Sieglinde v.: Prognostische Diagnose der endogenen Psychosen. Gustav-Fischer Verlag, Stuttgart 1964

Leonhard, K.: Cycloid Psychoses - Endogenous Psychosis which are neither Schizophrenic nor Manic-Depressive. J Ment Sci 107, 633-648 (1961)

--- Atypische endogene Psychosen im Lichte der Familienforschung. Z. Neurol. 149, 520 (1934)

Levi, R.: Ein Beitrag zur Klinik der atypischen Psychosen. Schweiz. med. Wschr. 1533 (1953)

Llopis, B.: La psicosis única. Arch. Neurobiol. (Madr.) 141 (1954)

Löwy: Über Demenzprozesse und ihre Begleitpsychosen. Jahrbücher f. Psych. u. Neurol. 31, 328 (1910)

Mauz, F.: Über Schizophrenie mit pyknischem Körperbau. Zeitschr. f. d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 86, 96 (1923)

Marcuse, H.: Zur Frage der Einheitspsychose. Arch. f. Psychiatr. 78, 682 (1926)

Mayer-Gross, W.: Die Klinik der Schizophrenie. In: Handbuch der Geisteskrankheiten (Hrsg.: Bumke, O.), Bd. 9, Spez. Teil V. Springer, Berlin 1932

--- Clinical Psychiatry. Cassel + Company LTD, London 1960

Meduna, L.J.: Oneirophrenie. University of Illinois Press, Urbana, Ill. 1950

Meyer, H.H.: Zyklothyme Wellen in schizophrenen Psychosen. Zbl. Neurol. 108, 314 (1950)

Mitsuda, H.: The concept of atypical psychoses from the aspect of clinical. In: Clinical Genetics in Psychiatry (Hrsg.: Mitsuda, H.). Igathin Shoin, Tohyo, pp. 22-26. Acta Psychical. Scand. 41, 372-377 (1965)

--- Clinical Genetics in Psychiatry. Problems in Nosological Classification. Department of Neuropsychiatry. Osaka Medical College. Osaka-Takatsuki, Japan 1967

Müller, C.: Die psychiatrische Klinik und die Psychotherapie der Schizophrenen. In: 2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Zürich 1959, Karger, Basel 1960

Müller, H.: Manisch-depressives Irresein und Dementia praecox. Ihre Unterschiede und ihre Differentialdiagnose. Bericht über die Literatur von 1910-1920. Zbl. Neurol. 28, 145, 249 (1922)

Ossipow: Gemischte und kombinierte Formen von Cyclophrenie und Schizophrenie und ihre Entstehung. Zeitschr. f.d. ges. Neurol. u. Psychiatrie 92 (1924)

Pauleikoff, B.: Atypische Psychosen. Karger, Basel 1957

Post, F.: Schizo-affective symptomatologie in late life. Br J Psychiatry 118, 437-445 (1971)

Rennert, H.: Die Universalgenese der endogenen Psychosen. Fortschr. Neurol. Psychiat. 33, 251 (1965)

Rieder, R.O.: The origines of our confusion about schizophrenia. Psychiatrie 37 (3), 197-208 (1974)

Ritter, M.R., Kleist, K.: Psychosen der Ratlosigkeit. Arch. Psychiat. u. Z. Neur. 195, 163 (1956)

Rittershaus: Die Differentialdiagnose zwischen Dementia praecox und manisch-depressivem Irresein. Ver. nordd. Irren- u. Nervenärzte Aug. 1911. Allg. Zeitschr. f1 Psych. 68, 750 (1911)

Scharfetter, Ch.: Das AMP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde. Herausgegeben von der Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie. Springer, Berlin 1972

Schindler, R.: Das psychodynamische Problem beim sogenannten schizophrenen Defekt. In: 2. Internationales Symposium über die Psychotherapie der Schizophrenie. Zürich 1959. Karger, Basel, New York 1960

Schmitt, W.: Zur Frage des psychopathologischen Strukturwandels pharmakotherapierter endogener Psychosen. In: Pharmakopsychiatrie und Psychopathologie (Hrsg.: Kranz, H., Heinrich, K.). Thieme, Stuttgart 1967

Schneider, C.: Die Psychologie der Schizophrenen und ihre Bedeutung für die Klinik der Schizophrenie. Thieme, Leipzig 1930

Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 9. Aufl. Thieme, Stuttgart 1971

--- Clinical Psychopathology (trans.: Hamilton, M.W.). Grune and Strattau, London and New York 1959

Schröder, P.: Die Spielbreite der Symptome beim manisch-depressiven Irresein und bei den Degenerationspsychosen. Karger, Berlin 1920

Selbmann, H.-K., Kereck, H.: Mann-Whitney-Test, HP-Statistik-Bibliothek des Instituts für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München (ISB). Technischer Bericht Nr. 1, März 1975

Slater, E.: In Clinical Genetics (ed.: Sorsby, A.). London 1953

Störring, G.E.: Zyklothymie, Emotionspsychosen, Schizophrenie. In: Schizophrenie und Zyklothymie (Hrsg.: Huber, G.). Thieme, Stuttgart 1969

Stromgren, E.: Schizophreniform psychoses. Acta Psychiat. Scand. 41, 483-489 (1965)

--- Episodiske Psykoser. Copenhagen 1940

Tsuang, M.T.: What is schizo-affective disorder? Presented at the New Research Program of the 127th annual meeting of the American Psychiatric Association. Detroit, Mich., May 6-10, 1974

Urstein: Die Dementia praecox und ihre Stellung zum manisch-depressivem Irresein. Thomsen, Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie LXIV, 631 (1909)

Vaillant, G.E.: An Historical Review of the Remitting Schizophrenias. J. nerv. ment. Dis. 138, 48-56 (1964)

Wålinder, J.: Recurrent familial Psychosis of the schizo-affective type. Acta Psychiatr. Scand. 48 (3), 274-283 (1972)

Webster's New Collegiate Dictionary. Springfield, Mass.: G. & C. Merriam 1960

Weitbrecht, H.-J.: Psychiatrie im Grundriß. Springer, Berlin - Göttingen - Heidelberg 1963

Welner, A., Liss, J., Robins, E. et al.: Undiagnosed psychiatric patients: I Record study. Br. J. Psychiatry 120, 315-319 (1972)

--- Undiagnosed psychiatric patients. II Follow-up study. Br. J. Psychiatry 121, 647-651 (1972)

--- Undiagnosed psychiatric patients. III The undiagnosable patient. Br. J. Psychiatry 123, 91-98 (1973)

Welner, A., Croughan, L.-J., Robins, E.: The Group of Schizoaffective and Related Psychoses Critique, Record, Follow. Up. and Family Studies. I, II. Arch. Gen. Psychiatry, Vol 31, Nov. 1974

Welner, J., Strömgren, E.: Clinical and genetic studies on benign schizophreniform psychoses based on a follow-up. Acta Psychiatr. Scand. 33, 377-399 (1958)

Wernicke, C.: Grundriß der Psychiatrie. 2. revidierte Aufl. Georg Thieme Verlag, Leipzig 1906

--- Über die Klassifikation der Psychosen. Psychiatr. Abhandl. Heft 12 (1899)

Wernicke, C.: Grundriß der Psychiatrie. Leipzig 1900

Wilmanns: Zur Differentialdiagnostik der funktionellen Psychosen. Centralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 30, 569 (1907)

Wing, J.K., Cooper, J.E., Sartorius, N.: Measurement and Classifikation of Psychiatric Symptoms. Cambridge University Press 1974

Wing, J.K.: A standard form of psychiatric present state examination (PSE) and a method for standardising the classification of symptoms. In: Psychiatric Epidemiology: An Internationa Symposium (eds.: Hare, E.H. and Wing, J.K.). Oxford University Press, London 1970

Wing, J.D., Birley, J.L.T., Cooper, J.E., Graham, P., Isaacs, A.: Reliability of a procedure for measuring and classifying Present Psychiatric State. Brit. J. Psychiat. 113, 499 (1967)

Winokur, G.: On the use of family psychopathology in diagnosis. Read at the 16th annual conference, VA Cooperative Studies in Mental Health and Behavioral Sciences, St. Louis, Mo, March 22-24 (1971)

Wyrsch, J.: Über Mischpsychosen. Z. Neur. 159, 668 (1937)

Zeller, A.: Vorwort und Zusätze zu: Guislain, J.: Abhandlung über die Phrenopathien oder neues System der Seelenstörungen. Stuttgart und Leipzig 1838

Ziskind, E., Somerfeld, E., Jens, R.: Can schizophrenia change to affective psychosis? Am. J. Psychiatry 128, 331-335 (1971)

Herrn Professor Dr. med. H. Hippius danke ich für die wohlwollende Überlassung des Themas.

Herrn Dr. med. M. v. Cranach danke ich für die Betreuung bei der Durchführung der Arbeit.

Für die Hilfe bei der Bearbeitung der statistischen Probleme danke ich besonders Herrn Priv. Doz. Dr. med. J. van Eimeren und Fräulein Baumann vom Institut für Medizinische Informationsverarbeitung, Statistik und Biomathematik der Universität München.

Lebenslauf

27.7.1946	Geburt in München
	Vater: Wilmar Sabaß,u.a. Bergwerksdirektor i.R.
	Mutter: Doris Sabaß, geb. Christmann
1953-57	Besuch der Volksschule
1957-65	Besuch des Realgymnasiums, 1965 Abitur
1965-68	Ausbildung zur Übersetzerin und Wirtschafts-korrespondentin in München und Paris
1968-7o	Ausbildung zur Schauspielerin an der Otto-Falckenberg Schule, München
197o-73	Tätigkeit als Schauspielerin in Paris, Memmingen und Berlin
1972	Heirat mit Helge Schupp, Dr.med.dent.
Mai 1973	Beginn des Studiums der Humanmedizin an der Ludwig-Maximilian Universität, München
Mai 1979	Ablegen der Ärztlichen Prüfung
	Approbation als Arzt